

UNIVERSITE DE PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

ANNEE 1972

THESE

N°
130

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Christian Arnould Jules ARNALSTEEN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

né le 31 août 1945 à Roubaix (59)

_____ x x _____
x

Présentée et soutenue publiquement le ...

_____ x x _____
x

LE TRAITEMENT DES SIGMOIDITES COMPLIQUEES

Réflexions à propos de 37 cas

Président: Monsieur Georges CERBONNET, Professeur

UNIVERSITE DE PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

ANNEE 1972

N° ...

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Christian Arnould Jules ARNALSTEEN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

né le 31 août 1945 à Roubaix (59)

_____ x x _____

x

Présentée et soutenue publiquement le ...

_____ x x _____

x

LE TRAITEMENT DES SIGMOIDITES COMPLIQUEES

Réflexions à propos de 37 cas

Président: Monsieur Georges CERBONNET, Professeur

THESE

DOCTORAT EN MEDICINE

(Discipline d'Etat)

Christian Armand Jules ANASTASE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
né le 21 août 1945 à Goubaux (59)

Présentée et soutenue publiquement le ...

LE TRAITEMENT DES SIEMOIDITES COMPLEXES

Réflexions à propos de 57 cas



UNIVERSITE PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE SAINT - ANTOINE

-:-:-:-:-

Professeurs titulaires

-:-:-:-:-

MM. ANDRE R.	Hématologie	MM. HUGELIN A.	Physiologie
BRISAUD H.	Pédiatrie	LAPLANE R.	Pédiatrie
BROCARD R.	Médecine	LE LORIER G.	Obstétrique
CAROLI J.	Médecine	LOEPER J.	Médecine expérimental
CATINAT J.	Cardiologie		-Immunologie
CERBONNET G.	Chirurgie	LOYGUE J.	Chirurgie
CHERIGIE Ed.	Radiologie	MAROIS M.	Histologie
CHIGOT P.L.	Chir. infantile	MERGER R.	Obstétrique
CONTAMIN Fr.	Neurologie	MILHAUD G.	Biophysique
CONTE M.	Médecine	NICK J.	Neurologie
DAGUET L.	Bactériologie	ORCEL L.	Anatomie pathologique
DEBRAY J.	Médecine	PERRAULT M.	Médecine
FLABEAU F.	Chirurgie	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie
GERBEAUX J.	Thérapeutique	POLONOVSKI J.	Biochimie
GOSSET J.	Chirurgie	RICHET G.	Néphrologie
		WOLFROMM R.	Médecine

-:-:-:-:-

Professeurs sans chaire

-:-:-:-:-

MM. BRICOUT F.	Bactério-Virologie	MM. GOLVAN Y.J.	Parasitologie
CHALUT J.	Radiologie	LESTRADET H.	Pédiatrie
Mme CHAPUT A.	Stomatologie	PICARD J.	Biochimie
MM. DUHAMEL G.	Hématologie	ROUX Ch.	Embryologie
GIRARD F.	Physiologie		

Maîtres de Conférences

--:--:--:--

MM.	AKOUN G.	Médecine	MM.	LASFARGUES G.	Pédiatrie
	ARDAILLOU R.	Physiologie		LAUGIER A.	Radiologie
	BAUX S.	Chirurgie		LEVY V.G.	Médecine
	BOURY G.	Chirurgie		MALAFOSSE M.	Chirurgie
	CHEYMOL G.	Pharmacologie		MENSCH B.	Biophysique
	CHOUARD Cl.	O.R.L.		MERY J.Ph.	Néphrologie
	CLOAREC M.	Médecine	Mme	MIGNON Fr.	Néphrologie
Mme	COMBRISSEON A.	Hématologie	MM.	OPOLON J.	Médecine
MM.	COSCAS G.	Ophtalmologie		PAQUELIN Fr.	O.R.L.
	DAUTRY P.	Chirurgie		PIERON R.	Médecine
	DECROIX G.	Pneumophtisiologie		PISSARRO B.	Méd.préventive
	DELIGNE P.	Anesthésiologie		POULET J.	Médecine
	DOYON D.	Radiologie		RAMPINI Cl.	Biochimie
	DRY J.	Médecine		RICHARDET J.M	Pédiatrie
	FOUET P.	Thérapeuthique		ROLAND J.	Anatomie -Pathologique
	GAUTIER H.	Physiologie		SALAT J.	Obstétrique
	GRUNER M.	Chir. infantile		SALMON Ch.	Hématologie
	GUILMET Cl.	Anesthésiologie		SANTARELLI J.	Obstétrique
	GUIRAUDON G.	Anatomie		WARGON H.	Médecine expérimentale
	HERMAN D.	Médecine		WEINMANN S.	Biochimie
	HUGUET Cl.	Chirurgie			
	HUGUIER M.	Chirurgie			

--:--:--:--

Enseignants Associés

--:--:--:--

Professeur Associé	MM.	BLOCH-MICHEL H.	Rhumatologie
M. C. Associé		ELIAKIS Em.	Médecine légale

Enseignants Contractuels

-:-:-:-:-

M. C. A.	M. KIRSCH F.	Physiologie biochimique
----------	--------------	-------------------------

Chargés d'Enseignement

-:-:-:-:-

MM. BENOIST	Rhumatologie	MM. DUNET	Endocrinologie
BRUEZIERE	Chirurgie infantile	LOFFREDO	Obstétrique
CRISTOL	Cardiologie	SALOMON	Rhumatologie

Attachés d'Enseignement

-:-:-:-:-

MM. CASASSUS	Cardiologie	MM. HIVET	Chirurgie
COUVREUR	Thérapeutique	MIGNOT	Neurologie
DES LAURIERS	Neurologie	SAUVAN	Cardiologie
GALLOUEDEC	Pneumologie	VANNIER	Pneumologie

A mon épouse

que notre amour grandisse au fil des années dans le respect et le souci des autres.

A mon fils Laurent

pour les joies qu'il nous donne.

A mes parents

en témoignage de toute mon affection et de ma gratitude pour m'avoir guidé jusqu'ici avec sagesse.

A mes beaux-parents

en témoignage de ma profonde affection.

A mon frère Marc

en espérant que le courage qu'il a montré jusqu'ici lui permettra d'arriver au but qu'il s'est fixé.

A ma belle-soeur, à mes beaux-frères

toute mon affection

A la mémoire de mes grands-parents.

A notre Maître

Monsieur le Docteur Georges CERBONNET

Professeur à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Rothschild

Membre associé de l'Académie de Chirurgie

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,
en remerciement du remarquable enseignement
qu'il nous a donné pendant l'année passée
dans son service,
qu'il trouve ici l'hommage de notre respect
et de notre fidèle gratitude

A Monsieur le Docteur Jean Paul CHEVREL

Maître de Conférence Agrégé

Chirurgien des Hôpitaux

qui nous a suggéré ce travail et
nous a aidé dans sa réalisation
avec nos vifs remerciements.

A Monsieur le Docteur Claude ROUVILLOIS

Chirurgien de l'Hôpital Franco-musulman de Bobigny (93)

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a permis d'utiliser les
observations de son service
en témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Paul GAUTIER

Professeur à la Faculté de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux de Lille

qui nous a fait découvrir la gynécologie
et dont l'accueil fut toujours
si chaleureux et amical,
qu'il trouve ici l'expression de notre
attachement dévoué.

A Monsieur le Docteur Maurice POMMIER

Médecin des Hôpitaux de Tourcoing, chef de service

qui nous a guidé lors de nos premiers
contacts avec le Malade,
qu'il trouve ici l'hommage de notre
sincère reconnaissance.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Lille:

Stage

Monsieur le Professeur Pierre RAZEMON
Monsieur le Professeur Albert TACQUET
Monsieur le Professeur Pierre INGELRANS
Monsieur le Professeur André FOURRIER

Externat

Monsieur le Professeur Michel VERHAEGHE
Monsieur le Professeur Léonce WEMEAU
Monsieur le Professeur Georges LAGACHE
Monsieur le Professeur Emile LAINE
Monsieur le Professeur Michel RIBET

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris:

Internat

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques GRASSET
Monsieur le Professeur Agrégé Emile HERVET
Monsieur le Professeur Agrégé Jean BARCAT
Monsieur le Docteur Henri LE BRIGAND et Monsieur
le Professeur Jean-Paul BINET
Monsieur le Professeur Marcel ROUX
Monsieur le Docteur Claude ROUVILLOIS
Monsieur le Professeur Georges CERBONNET

A nos Maîtres dans les Hôpitaux:

Monsieur le Professeur Agrégé Etienne MAZEMAN
Monsieur le Professeur Agrégé Bernard COMBEMALLE
Monsieur le Professeur Agrégé Jean LANGLOIS
Monsieur le Professeur Agrégé Jacques HUREAU
Monsieur le Professeur Agrégé Pierre VAYRE
Monsieur le Professeur Agrégé Jean-Paul CHEVREL
Monsieur le Professeur Agrégé Michel HUGUIER

A mes conférenciers d'Internat:

Monsieur le Docteur Henri MESTDAGH
Monsieur le Docteur Philippe VASSEUR
Monsieur le Docteur Alain WURTZ

En souvenir des soirées passées
en leur compagnie.

PLAN

Introduction.

Chapitre I : définitions

Définition de la sigmoïdite

Définition de la sigmoïdite compliquée

Chapitre II : Matériel d'étude

Chapitre III : Résumés des observations

Chapitre IV : Etude analytique des observations

Age et sexe des malades

Fréquence de la sigmoïdite

Sigmoïdite et groupes sanguins

Complications observées et mortalité

Causes et facteurs favorisant de mortalité

Existence d'antécédants ou complication inaugurale?

Morbidité et complications post-opératoires

Méthodes thérapeutiques utilisées

Indications de ces méthodes en fonction des lésions
observées

Chapitre V : Commentaires et revue de la littérature

Anatomie pathologique et pathogénie

Age et sexe

Causes de mortalité et facteurs favorisants

Etude de quelques complications de la sigmoïdite

péritonites aiguës généralisées

occlusions

fistules

complications hémorragiques

formes chroniques pseudo-tumorales

Problèmes thérapeutiques

résection ou dérivation en urgence

la dérivation est-elle efficace?

quel type de dérivation adopter?

la suture de la perforation

que faire en cas de résection?

que faire en cas de fistule?

longueur de la résection

Pour un traitement précoce et préventif de la sigmoïdite

Conclusion

Bibliographie

INTRODUCTION

La diverticulose colique fut, semble-t-il reconnue pour la première fois par MORGAGNI au début du 18^{ème} siècle mais la description princeps est due à CRUVEILHER en 1848, qui en évoquait déjà la pathogénie. Ce n'est qu'à la fin du 19^{ème} siècle qu'apparaissent des publications relatives aux complications des sigmoïdites. Au cours des années ces dernières bénéficieront des progrès de la médecine, en particulier des antibiotiques, mais également des progrès de la chirurgie et de la réanimation.

Pour situer le problème, nous dirons qu'il ne s'agit pas d'une maladie exceptionnelle puisque après 60 ans, 25% des sujets seraient porteurs de diverticules coliques; il ne s'agit pas non plus d'une maladie bénigne puisque la mortalité globale des sigmoïdites compliquées est estimée à 11% (HENRY et EDELMANN, rapport au 64^{ème} Congrès Français de Chirurgie, 1962); il s'agit enfin d'une maladie du sujet âgé, de la race blanche et de la civilisation occidentale (PAINTER et BURKITT).

Cependant le traitement de la sigmoïdite reste souvent hésitant, médecins et chirurgiens se disputant souvent ces malades.

Nous avons pu étudier 37 observations de sujets ayant présenté une sigmoïdite compliquée, essentiellement du point de vue thérapeutique. Qu'il nous soit permis d'en tirer quelques conclusions pratiques.

CHAPITRE I

DEFINITIONS

Définition de la sigmoïdite

Nous reprendrons ici la définition donnée par HENRY et EDELMANN dans leur rapport au 64ème congrès Français de Chirurgie en 1962 :

"processus inflammatoire à germes non spécifiques qui se développent primitivement et spontanément sur le colon sigmoïde"

"cette définition élimine:

- 1°/ les manifestations purement fonctionnelles qui entraînent une déformation radiologique du sigmoïde mais ne comportent pas d'altération anatomique inflammatoire.
- 2°/ les affections dûes à un agent pathogène spécifique: bilharziose, amibiase, tuberculose, syphilis, mycose.
- 3°/ les inflammations d'origine traumatique: abcès ou phlegmons développés autour de corps étrangers alimentaires, de parasites, de calculs biliaires ou après une plaie du colon.
- 4°/ l'atteinte extrinsèque du colon par une lésion inflammatoire de voisinage telle que le rétrécissement péricolique pelvien.
- 5°/ les localisations sigmoïdiennes d'affections définies par un aspect histologique propre: rectolite hémorragique, maladie de CROHN, endométriose, ulcère simple."

Ces restrictions étant faites, il apparaît que le terme de sigmoïdite est synonyme de diverticulite colique. Nous pensons que le diverticule est toujours à l'origine de la maladie. S'il n'est pas constamment retrouvé au lavement baryté c'est qu'il est obstrué par un fécalome ou par l'inflammation péridiverticulaire qui obstrue son collet; de même à l'examen microscopique il peut ne pas être visible si la coupe ne le traverse pas, d'autant qu'après ablation de la pièce il s'est souvent collabé.

Définition de la sigmoïdite compliquée

Nous nous limiterons ici à l'étude des sigmoïdites compliquées. Nous considérerons comme "sigmoïdite compliquée" toute sigmoïdite au cours de laquelle apparaîtra une des complications classiques (tumeur inflammatoire aiguë ou chronique, perforation en péritoine libre ou cloisonnée, fistulisation dans un viscère creux, à la paroi ou ailleurs, occlusion du grêle ou du colon, hémorragie) ayant nécessité ou non un traitement chirurgical. Nous considérerons également comme sigmoïdite compliquée toute sigmoïdite mal contrôlée par un traitement médical, entraînant une invalidité importante pour le sujet porteur, et ayant nécessité une thérapeutique chirurgicale.

CHAPITRE II

MATERIEL D'ETUDE

Nous avons recueilli 37 observations de malades porteurs d'une sigmoïdite compliquée, et ayant présenté une ou plusieurs complications. Pour 34 malades il y eut un ou plusieurs actes chirurgicaux; pour 3 malades il n'y eut pas de traitement chirurgical.

Les 37 dossiers proviennent en gros de trois sources différentes:

16 dossiers nous ont été confiés par le Docteur
Cl. ROUVILLOIS (hôpital Franco-Musulman
93-Bobigny)

14 dossiers appartiennent au service du Professeur
G. CERBONNET (Hôpital Rothschild Paris 12e)

les 7 dossiers restants sont des observations
personnelles ou qui nous ont été aimablement
prêtées.

Nous avons systématiquement éliminé toutes les observations qui pouvaient être douteuses et avons retenu comme critères de sélection pour nos 37 observations:

- outre la symptomatologie clinique
- le lavement baryté lorsqu'il montre une sigmoïdite diverticulaire
- ou l'examen macroscopique lorsque l'opérateur est affirmatif dans son compte-rendu opératoire.
- ou l'examen microscopique de la pièce opératoire ou des prélèvements faits à l'autopsie.

La plupart des malades observés l'ont été durant les deux dernières années. Nous avons cependant repris quelques observations plus anciennes qui présentaient à nos yeux un caractère intéressant (cf tableau n°I)

Tableau n° 1

Origine des dossiers des malades

Année	Origine			
	Hôp. F.M.	Hôp. Roth.	divers	total
1971	1	8	2	11
1970	2	6		8
1969	4			4
1968			1	1
1967	2		2	4
1966	2		1	3
...				
1964	1			1
...				
1962	1			1
...				
1957	1		1	2
1956	1			1
...				
1954	1			1
Total	16	14	7	37

Ces dernières observations n'étant pas toujours tenues à jour, nous avons écrit aux malades ou à leur médecin traitant afin d'obtenir des renseignements sur l'état actuel et l'évolution à long terme. Quelques uns nous ont répondu, l'un d'eux est venu en consultation et a eu un levement baryté de contrôle; mais beaucoup ont été perdus de vue, soit qu'il s'agisse de malades déjà âgés lors de l'intervention et qui sont morts depuis lors, soit qu'ils aient changé d'adresse. Nous ne pouvons que le déplorer pour une étude des résultats à long terme.

CHAPITRE III

RESUMES DES OBSERVATIONS

Obs 1 Monsieur Georges S..., 49 ans, 5 mois après une première crise de sigmoïdite aiguë traitée médicalement et apparemment guéri, fait une fistule colovésicale (fièvre, hématurie, puis pyurie, puis félacurie avec pneumaturie). Il est pratiqué une résection de la fistule avec exérèse d'une collerette vésicale et colique. Les suites immédiates sont simples mais la réapparition de phénomènes douloureux et infectieux fait pratiquer une colectomie segmentaire idéale un an plus tard. Depuis lors le malade ne souffre plus de son colon.

Obs 2 Monsieur Jean F..., 73 ans est hospitalisé en novembre 1956 pour fistule colovésicale apparemment d'origine néoplasique (sténose irrégulière du sigmoïde avec ébauche d'invagination au L.B.). L'intervention révèle la nature diverticulaire de la fistule confirmée par l'anatomopathologiste. Il est pratiqué une colectomie segmentaire avec anastomose terminoterminal sous couvert d'une colostomie, refermée un mois plus tard. Mise à part une phlébite dans les suites immédiates, le malade va bien et est perdu de vue 4 ans plus tard.

Obs 3 Monsieur ALL..., 47 ans, est hospitalisé en juin 1957 pour péritonite aiguë généralisée évoluant depuis 24 heures. Depuis un an il se plaignait de douleurs abdominales avec fièvre et phénomènes subocclusifs de plus en plus rapprochés. Chez cet obèse, on évoque l'appendicite mésocolique mais l'intervention découvre une perforation du sigmoïde en péritoine libre avec sigmoïde totalement fixé, recouvert de fausses membranes, ne permettant qu'une colostomie transverse; toilette péritonéale et drainage sus pubien. Une colectomie gauche vraie type HARTMANN est pratiquée dans des conditions très difficiles 6 mois plus tard.

L'examen anatomopathologique confirme le diagnostic de sigmoïdite diverticulaire. Le rétablissement de la continuité est effectué en mai 1958 sous couvert d'une caecostomie. A noter dans les suites une occlusion du grêle sur bride et une cure d'éventration (1961). Le malade, en bon état général est suivi pendant 5 ans, puis perdu de vue.

Obs 4 Madame L..., 78 ans est hospitalisée en juin 1957. Cette vieille femme, obèse, constipée chronique, qui depuis quelques mois présentait des phénomènes subocclusifs fébriles vient réclamer un soulagement à son infirmité: elle est perpétuellement souillée du fait d'une pollakiurie plus ou moins intriquée à une incontinence d'urines, celles-ci étant mêlées à des gaz et des matières fécales, et entraînant une irritation du vagin et du périnée. Le L.B. confirme la sigmoïdite diverticulaire avec sténose haute du sigmoïde. L'U.I.V. révèle une pneumocystographie spontanée avec intégrité des voies urinaires supérieures. L'intervention consiste en une résection d'une collerette vésicale et une colectomie segmentaire, type HARTMANN, drainage par MICKULICZ et sonde vésicale en débit libre. L'examen anatomopathologique montre l'existence d'une tumeur inflammatoire du sigmoïde avec nombreuses diverticules et une épithélialisation malpighienne de la fistule colovésicale. Les suites furent bonnes sur le plan digestif et urinaire mais il ne fut pas possible de rétablir la continuité étant donné un état cardiovasculaire trop précaire qui avait donné de gros ennuis lors de la 1ère intervention.

Obs 5 Monsieur Dominique S..., 71 ans, est hospitalisé en septembre 1962 pour occlusion colique depuis 4 jours. Le L.B. montre une sténose du sigmoïde. Il est pratiqué en urgence une caecostomie sur sonde de PEZZER. 2ème intervention en octobre qui montre des séquelles de sigmoïdite, mais il n'y a plus d'obstacle. Pas de résection. Fermeture de la caecostomie 15 jours plus tard. Suites simples. Malade revu en juin 1966 (recul de 4 ans) pour appendicite chronique.

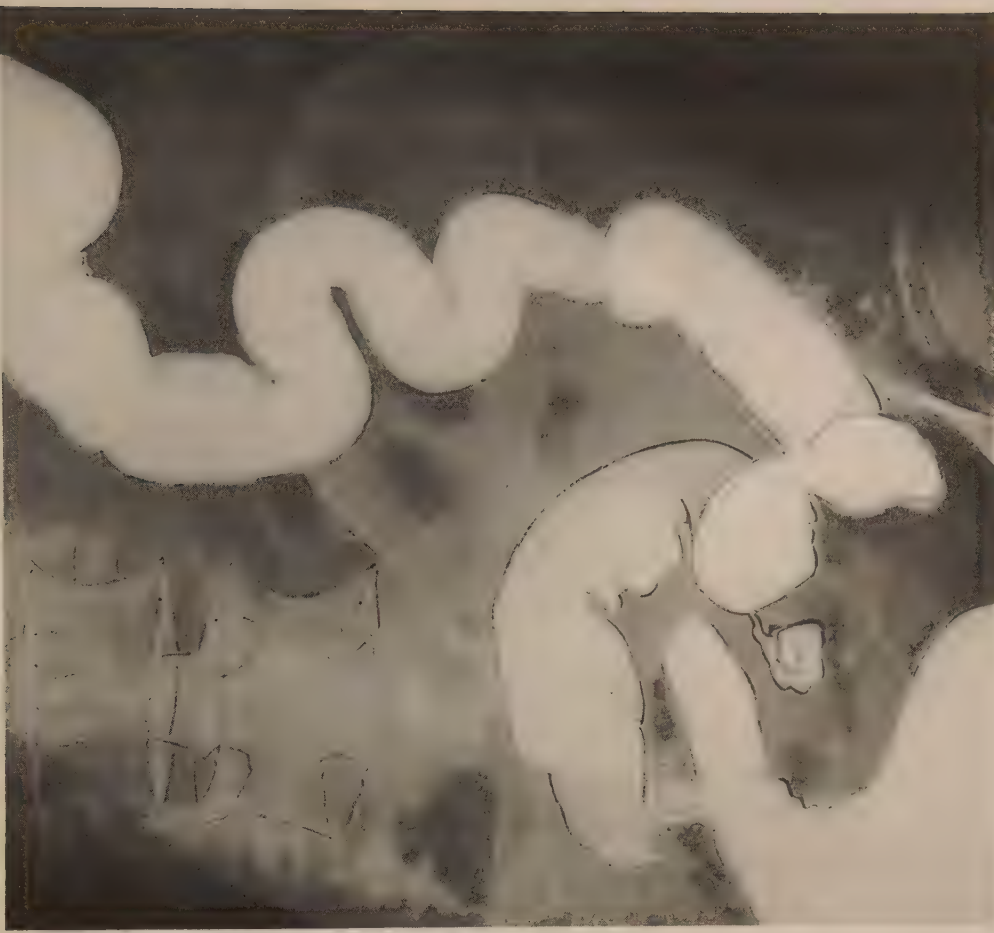
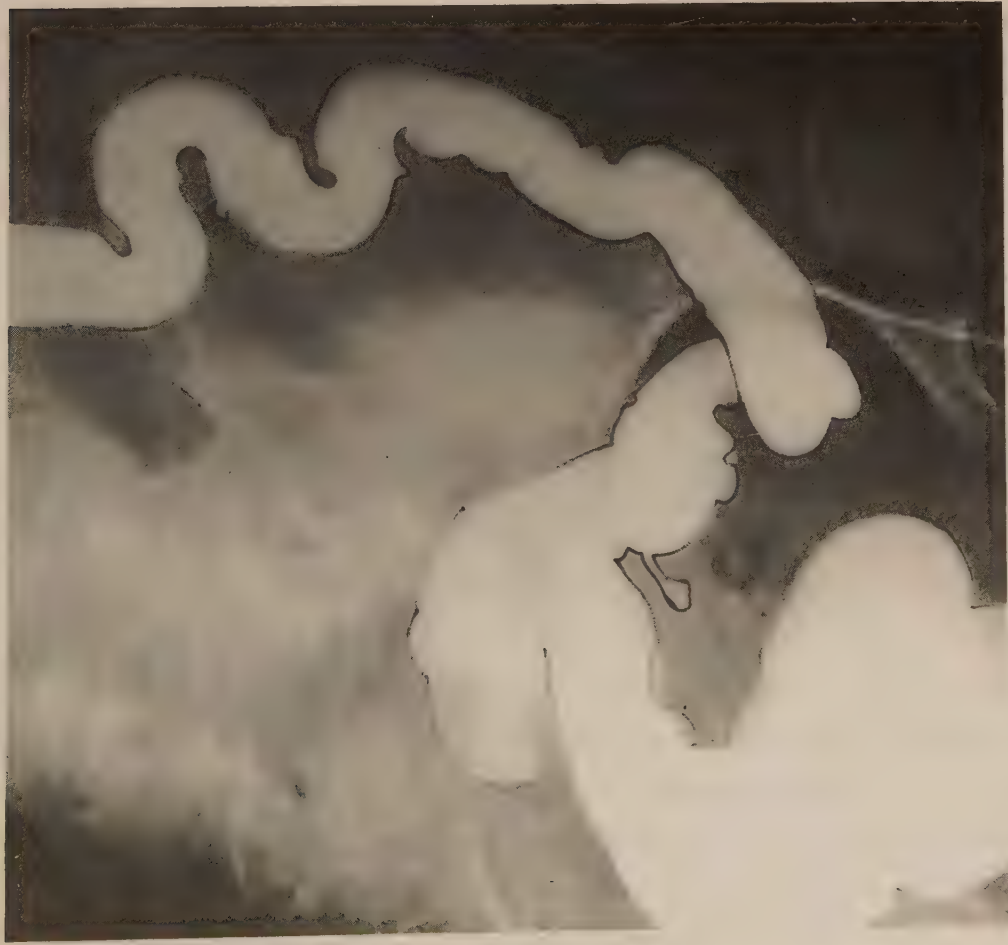


Obs. N° 4 - Vésicule porcelaine et diverticules coliques disséminés

Obs 6 Monsieur Michel F..., 38 ans est hospitalisé en août 1964 pour péritonite aiguë généralisée, évoluant depuis 8 jours. Il s'agit d'un sujet gastrectomisé 13 ans auparavant pour ulcère, qui a subi plusieurs tentatives de lavement évacuateur sans résultat (!) et qui arrive en très mauvais état général avec un ventre de bois, une tension artérielle à 8/5, 23.000 globules blancs et de gros troubles ioniques. L'intervention pratiquée en urgence découvre un litre de pus dans le ventre, une perforation du sigmoïde et consiste en une colectomie segmentaire type HARTMANN. L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'une diverticulite sigmoïdienne perforée. Décès du malade au 2ème jour par syndrome infectieux gravissime.

Obs 7 Monsieur Mohamed M..., 43 ans, est hospitalisé pour appendicite le 24 janvier 1966. On note dans ses antécédents 2 hospitalisations durant l'année précédente pour douleurs abdominales sans diagnostic précis! L'intervention est pratiquée le lendemain: l'appendice est peu inflammatoire mais le sigmoïde est porteur d'une diverticulite préperforative: appendicectomie, colostomie gauche et drainage. En mars, est pratiquée une colectomie segmentaire avec anastomose termino-terminale en un plan. L'examen histopathologique confirme la sigmoïdite avec perisigmoïdite. Suites simples. Le malade reprend son travail en mai 1966.

Obs 8 Madame Rose P..., 74 ans, constipée chronique, est transférée d'un service de médecine pour subocclusion fébrile, douleurs pelviennes et masse perceptible au T R dans le cul de sac de DOUGLAS. Celle-ci disparaîtra d'ailleurs lors d'un examen ultérieur tandis qu'apparaît du pus dans les selles. La rectoscopie ne nous apprend rien et le L.B. montre outre un aspect tubulé du colon, sans diverticule visible, un trajet fistuleux correspondant vraisemblablement à l'ouverture dans le sigmoïde d'une poche collectée. L'intervention pratiquée après préparation colique consistera en une colectomie segmentaire avec colostomie iliaque gauche en canon de fusil. Fermeture de la colostomie un mois plus tard. Suppuration pariétale. La malade est en bon état général et ne présente plus aucun trouble 5 ans plus tard.



Obs. N° 8 - Aspect tubulé du colon. Pas de diverticule visible mais fuite barytée sur l'anse sigmoïde et

oxacification d'un abcès pelvien.

Obs 9 Monsieur Henri O..., 45 ans, est hospitalisé en novembre 1966 en vue d'une intervention pour sigmoïdite diverticulaire. Cet homme encore jeune souffre depuis 6 ans de la région hypogastrique et de la FIG avec une constipation opiniâtre. L'UIV est normale et le L.B. fait en 1963 a révélé une sigmoïdite qui est traitée médicalement. Les crises étant de plus en plus fréquentes et importantes (nécessitant le recours aux opiacés et interdisant toute activité professionnelle régulière) il est pratiqué en décembre, au cours d'une crise partiellement refroidie, une colectomie segmentaire idéale. Le malade a été revu depuis lors et va bien.

Obs 10 Monsieur Maryan D..., 56 ans, traité depuis 20 ans pour un ulcère gastro-duodéal est hospitalisé en urgence le 14 janvier 1967 pour un syndrome occlusif, fébrile apparu depuis 24 heures, avec hyperleucocytose (28.000 G B). Chez cet obèse l'intervention découvrira une péritonite aiguë généralisée, probablement par diffusion, car l'opérateur ne retrouvera pas de perforation. L'estomac est sain, de même que le grêle et la région caecoappendiculaire; le sigmoïde est très infiltré: il s'agit d'une tumeur inflammatoire aiguë, avec réaction péritonéale. L'opérateur se contentera d'une toilette péritonéale avec mise en place d'antibiotiques et d'alphamucase. Le malade revu 4 ans plus tard n'a plus présenté de nouvelle crise de sigmoïdite mais se plaint de constipation alternée avec de la diarrhée. Le L.B. montre un colon très spasmodique avec intolérance sigmoïdienne et aspect inflammatoire. Le malade refuse tout traitement.

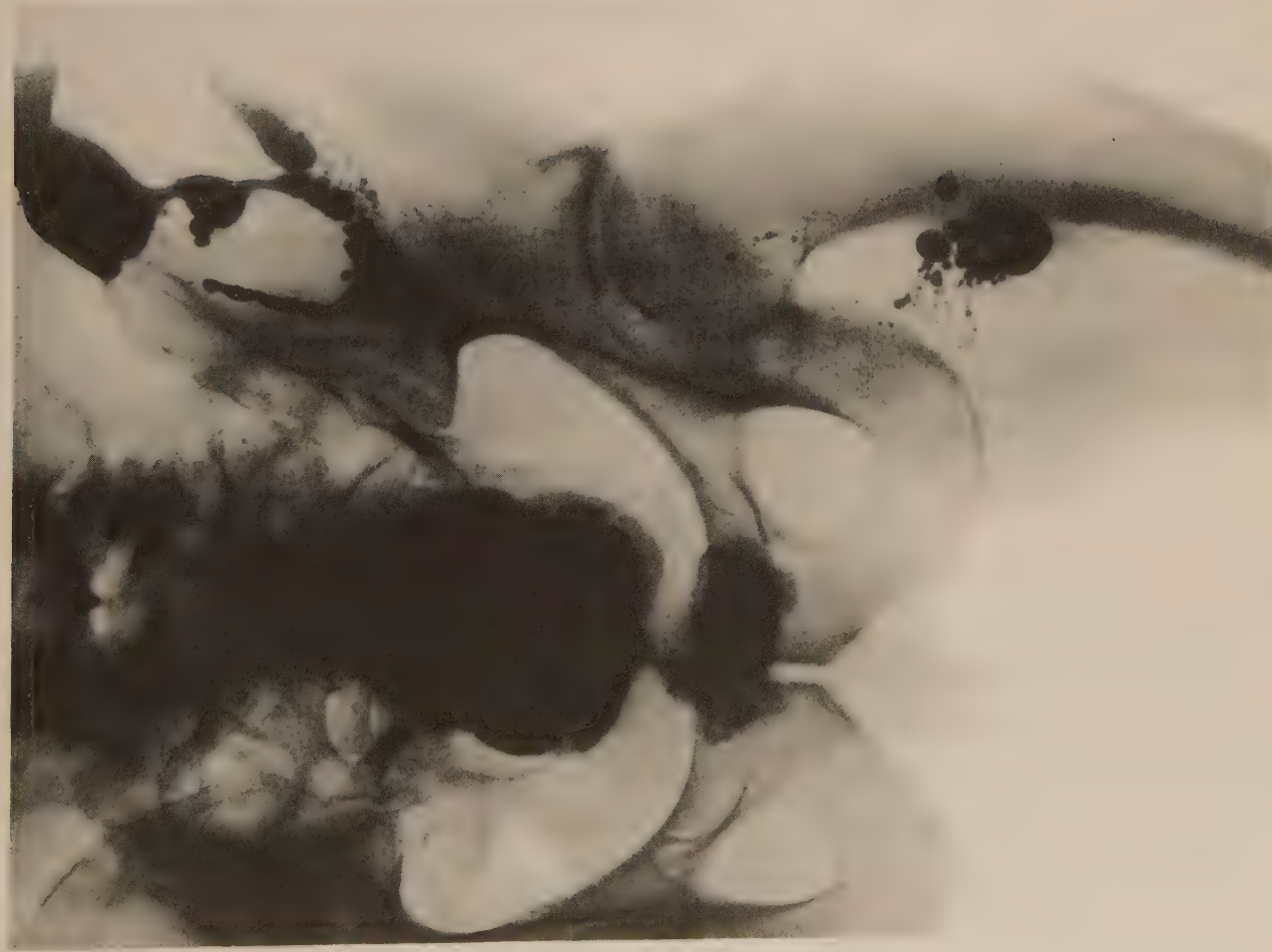
Obs 11 Monsieur Louis J..., 60 ans, ancien tuberculeux, insuffisant respiratoire chronique, éthylique avec hypertension portale (une hématoméase) présentant des douleurs hypogastriques intermittentes puis continues depuis 3 jours, est envoyé par son médecin pour rétention d'urines! Un interrogatoire et un examen un peu plus poussés retrouvent un arrêt des matières et des gaz, des nausées et une fièvre à 38°5; le lendemain un ventre très météorisé, une contracture généralisée et un état général qui s'altère rapidement (T.A. 8/4, température à 40°, malade désorienté et deshydraté) imposent l'intervention. Celle-ci découvre une péritonite aiguë généralisée en rapport avec une perforation au niveau

de la jonction rectosigmoïdienne sur sigmoïdite aiguë. Suture de la perforation, colostomie iliaque gauche et drainage par lame. Le sujet est laissé sous respirateur. Il fera un delirium tremens le lendemain puis une poussée ictéroascitique. Décès au 5ème jour de coma hépatique.

Obs 12 Monsieur Alex H..., 58 ans, traité en 1965 pour une tumeur vésicale, est hospitalisé avec le diagnostic de cancer du sigmoïde; depuis 3 mois sa constipation chronique s'est aggravée avec apparition de douleurs de la F.I.G. Un premier L.B. montre une sténose du sigmoïde. Un deuxième L.B., après traitement d'épreuve anti-infectieux et anti-inflammatoire montre, outre la présence d'un diverticule, la constance de l'image de sténose avec aspect d'invagination en "bouffant de golf" et le radiologue conclut à une lésion néoplasique maligne du sigmoïde. Il est pratiqué le 4.10.1967 une colectomie segmentaire idéale. L'examen histologique rectifie le diagnostic = sigmoïdite à forme de tumeur inflammatoire chronique. Suites simples.

Obs 13 Madame Marguerite L..., 86 ans est hospitalisée le 4.10.1967 en médecine pour altération de l'état général et troubles du transit. Elle est transférée en chirurgie, 48 heures plus tard avec le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë. L'intervention (6.10.1967) découvre une perforation du sigmoïde spontanément bouchée par une frange épiloïque et agglutination d'anses grêles autour de la lésion. Elle consiste en une colectomie segmentaire avec abouchement des 2 bouts coliques à la peau et drainage par lame. L'examen histopathologique confirmera le diagnostic de sigmoïdite diverticulaire. Décès de la malade au 3ème jour du fait de l'altération rapide de l'E.G. et des troubles électrolytiques.

Obs 14 Monsieur René L..., 38 ans, est opéré la première fois en 1968 pour sigmoïdite diverticulaire perforée: le chirurgien consulté pratique une colostomie transverse avec drainage de l'abcès, puis referme la colostomie 6 mois plus tard sans traiter la diverticulose et en faisant en même temps une cure d'éventration iliaque gauche pour plaque de nylon.



Obs. N° 14 - Perforation du sigmoïde dans la gaine du psoas. Radiographie de face et de profil après lavement baryté.

En octobre 1970, le malade consulte un autre confrère pour psoitis et fièvre en rapport avec un abcès de la gaine du psoas par perforation d'un diverticule sigmoïdien. Il est pratiqué une colectomie gauche avec anastomose termino-terminale sous couvert d'une caecostomie. La cure d'éventration au niveau de la F.I.G et du flanc gauche empêche un anus en canon de fusil et un drainage correct.

Les suites immédiates sont bonnes mais trois semaines plus tard, apparition d'un abcès fluctuant en bissac de part et d'autre de l'arcade crurale par migration dans la gaine du psoas
Drainage de la poche. Guérison.

Obs 15 Monsieur Georges P..., âgé de 84 ans, est suivi depuis 6 mois pour des troubles intestinaux variés. Lors de son hospitalisation en avril 1969 pour mélena, diarrhée sanglante, tenesme rectal, brûlures lors de la défécation en rapport avec une fistule iléosigmoïdienne découverte au L.B. et pour laquelle il est opéré le 13 mai: ligature et section de la fistule qui est bien individualisée et due à une sigmoïdite diverticulaire. Les suites immédiates sont simples.

Le malade est réhospitalisé 2 mois 1/2 plus tard pour réapparition de la diarrhée et altération de l'état général. Au cours de cette seconde hospitalisation il fait un accident vasculaire cérébral et meurt quelques jours plus tard de bronchopneumopathie secondaire à une fausse route lors d'un transit du grêle. L'autopsie ne montrera aucune récurrence de fistule entérocolique, réaffirmera l'existence d'une très importante sigmoïdite diverticulaire et l'histologie révélera un petit épithélioma de la jonction rectosigmoïdienne, passé inaperçu à l'exploration peropératoire.

Obs 16 Madame Clémentine C..., 68 ans, obèse, est traitée en médecine depuis plus d'un an pour sa diverticulose colique, lorsqu'elle est hospitalisée le 18.9.1969 en chirurgie pour péritonite généralisée apparue depuis 8 heures. L'intervention permet de suturer la perforation, de drainer la cavité péritonéale et de dériver les matières par une colostomie sur baguette. La malade décède le lendemain.

Obs 17 Madame Marie Adrienne P..., 75 ans, dans les antécédants de laquelle on note une lithiase vésiculaire, une hernie hiatale, un angor d'effort et une hernie inguinale, est hospitalisée en médecine en octobre 1969 pour un état subocclusif; depuis 3 mois elle se plaint de douleurs abdominales avec épisodes de diarrhée et de constipation. Un bilan clinique et radiologique met en évidence une sigmoïdite à forme tumorale chronique qui nécessitera la réalisation d'une colostomie gauche de sauvetage le 27.11.1969. Les suites seront houleuses marquées par l'apparition d'un mélena, puis d'une oligoanurie et d'une détresse respiratoire. Décès de la malade au 20ème jour. Diagnostic confirmé à l'autopsie.

Obs 18 Monsieur Georges C..., 81 ans, est hospitalisé le 28.12.1969 pour syndrome subocclusif évoluant depuis 8 jours. Les radios d'abdomen sans préparation faites à 3 jours d'intervalle montrent l'apparition de niveaux hydroaériques du grêle et le L.B. révèle une sigmoïdite diverticulaire. En l'absence d'amélioration sous traitement médical l'intervention est décidée; elle permet de découvrir une sigmoïdite diverticulaire avec abcès péricolique sur lequel se sont accolées plusieurs anses grêles; l'abcès est probablement dû à une perforation spontanément bouchée; colostomie iliaque gauche et drainage du cul de sac de DOUGLAS par une lame. Dans les suites ce malade emphysémateux décompensera son insuffisance ventriculaire droite, verra son taux d'urée sanguine monter à 2,4g/litre et décédera d'embolie pulmonaire massive au 5ème jour post-opératoire.

Obs 19 Monsieur Pierre G..., 49 ans, est hospitalisé en mars 1970 pour un syndrome douloureux et fébrile de la F.I.G. d'apparition brutale. Il apparaîtra successivement un arrêt des gaz, puis des matières avec défense de la F.I.G. et à l'examen radiologique la coexistence de niveaux hydroaériques et d'un pneumopéritoine. L'intervention pratiquée au 3ème jour d'évolution découvre une péritonite généralisée en rapport avec une sigmoïdite à forme tumorale aiguë avec rétraction importante du mésosigmoïde et extension des lésions à tout le colon descendant et au mésocolon gauche sans perforation visible; l'opérateur se contente de drainer les lésions et de dériver les matières par un anus transverse droit.



Obs. N° 19 - Fistulographie. Fistule pyostercorale après drainage d'une
sigmoïdite perforée associé à une colostomie.

Les suites immédiates sont troublées par une importante suppuration pariétale et une septicémie. Un mois plus tard apparaît une fistule sigmoïdocutanée contrôlée radiologiquement. 3 mois 1/2 plus tard est pratiquée une colectomie segmentaire (sigmoïde) avec anastomose terminoterminal en zone saine, avec conservation de la colostomie transverse. 2 mois plus tard un L.B. de contrôle montre une anastomose de mauvaise qualité avec fuite barytée et trajet fistuleux de 4 cm et une zone à contours très irréguliers en amont et en aval de l'anastomose; il est donc réalisé une nouvelle résection colique emportant l'anastomose, la fistule borgne et une partie du colon descendant avec anastomose colorectale. Après contrôle radiologique satisfaisant il est fait une fermeture de la colostomie en janvier 1971. Il ne persiste plus qu'une importante éventration que le malade supporte assez bien.

Obs 20 Madame Odette D..., 60 ans, obèse, est hospitalisée en avril 1970. Depuis 8 années elle présente des épisodes fébriles s'accompagnant de douleurs abdominales avec alternance de diarrhée et de constipation en rapport avec une sigmoïdite diverticulaire visualisée au L.B. Ses troubles vont s'aggraver progressivement malgré le traitement médical avec apparition de rectorragies et extension des lésions diverticulaires au colon gauche. Un L.B. récent montre une sténose du sigmoïde qui peut faire penser à un cancer; la rectosigmoïdoscopie (22 cm) reste négative. Il est donc pratiqué une colectomie segmentaire avec anastomose terminoterminal. L'examen anatomopathologique confirme le diagnostic de sigmoïdite diverticulaire à forme tumorale chronique. Les suites sont compliquées par une phlébite avec petite embolie pulmonaire.

7 mois plus tard réapparaîtront des douleurs abdominales, des rectorragies et une alternance de la diarrhées et de la constipation; un nouveau L.B. montre alors une extension de la diverticulose à tout le colon. Une exagération des troubles subjectifs conduira à une laparotomie exploratrice qui ne montrera pas de lésion pouvant justifier une exérèse complémentaire. La malade est actuellement suivie en médecine psychosomatique pour de gros troubles à type dépressif.



Obs. N° 20 - Sténose sigmoïdienne avec nombreux diverticules d'amont. Tumeur inflammatoire chronique.

Obs 21 Madame Yvonne M..., 59 ans, est vue pour la première fois en avril 1970 pour troubles du transit, fièvre et altération de l'état général avec énorme masse pelvienne perçue au T.V. Différents diagnostics sont successivement évoqués: tumeur utérine, tumeur de l'ovaire, puis cancer du sigmoïde au vu du lavement baryté (sténose de 12 à 15 cm, irrégulière, avec diverticules en amont et en aval de celle-ci). L'intervention pratiquée le 11.4.1970 découvre qu'il s'agit d'une sigmoïdite diverticulaire avec abcès pelvien péricolique; colostomie transverse gauche et drainage. Deux mois plus tard est pratiquée une colectomie segmentaire avec anastomose terminotermineale, sous couvert de la colostomie qui est conservée; les suites sont simples; l'examen histologique confirme le diagnostic de sigmoïdite. Trois mois plus tard l'anus transverse est refermé. Depuis lors la malade a été revue et va bien.

Obs 22 Madame Madeleine O..., 65 ans, sans antécédant, est hospitalisée en mai 1970 pour un syndrome douloureux abdominal, non fébrile, avec arrêt du transit, défense abdominale et pneumopéritoine radiologique. Le diagnostic de péritonite par perforation d'ulcère gastroduodénal est porté et la malade mise en aspiration gastrique. Celle-ci n'amenant aucune amélioration, on intervient le lendemain et on découvre une perforation du sigmoïde sur sigmoïdite diverticulaire. Vu le bon état général et les conditions locales satisfaisantes il est pratiquée une résection sigmoïdienne (10 cm de part et d'autre de la perforation) avec anastomose terminotermineale en un plan au fil non résorbable.

Dans les suites apparaissent une suppuration pariétale (pyocyanique), une fistule cutanéocolique par l'orifice de drainage, qui ne se tarira pas spontanément, une confusion mentale avec hémiparésie par accident vasculaire cérébral.

2 mois 1/2 plus tard, la malade toujours porteuse d'une fistule stercorale abondante doit être réopérée: dégagement difficile du grêle, du colon et de la fistule; l'anastomose apparaît totalement désunie avec écart de 2 cm entre les deux bouts coliques; il existe

une collection fécale pelvienne chronique alimentée en outre par une fistule iléale. Il est réalisé une résection du trajet fistuleux cutanéocolique, une double résection du grêle (2x30 cm) et une recoupe colique avec anastomose terminoterminal sous couvert d'une colostomie gauche. Suites immédiates très difficiles. Transférée dans un service de réanimation, la malade devait y décéder quelques semaines plus tard.

Obs 23 Madame Cécile C..., 67 ans, est hospitalisée en juin 1970 pour douleurs hypogastriques, diarrhée incoercible, masse pelvienne douloureuse, pneumopéritoine radiologique. Elle était traitée pour sigmoïdite diverticulaire confirmée radiologiquement. Un état général très altéré (39 Kg), de gros troubles électrolytiques contre-indiquent tout acte chirurgical. Une réanimation médicale bien conduite, un drainage spontané de la collection pelvienne par le rectum permettent à la malade de passer ce cap difficile. Elle sortira un mois et demi plus tard, très infectée (pyocyanique), avec des escarres, et sera perdue de vue.

Obs 24 Madame Madeleine L..., 66 ans, traitée depuis plusieurs années pour hernie hiatale et diverticulose colique est hospitalisée en juillet 1970 pour altération de l'état général, syndrome de VON WAHL à répétition, avec au L.B. la possibilité d'une transformation maligne au niveau de la sigmoïdite. Il est donc pratiqué une colectomie segmentaire idéale. L'examen macroscopique (affirmant l'intégrité de la muqueuse) et microscopique confirmèrent le diagnostic de sigmoïdite à forme tumorale chronique. Les suites furent simples si ce n'est l'apparition d'une phlébite. La malade fut revue 6 mois plus tard pour un cancer du sein qui nécessitera une HALSTED suivi de cobaltothérapie.

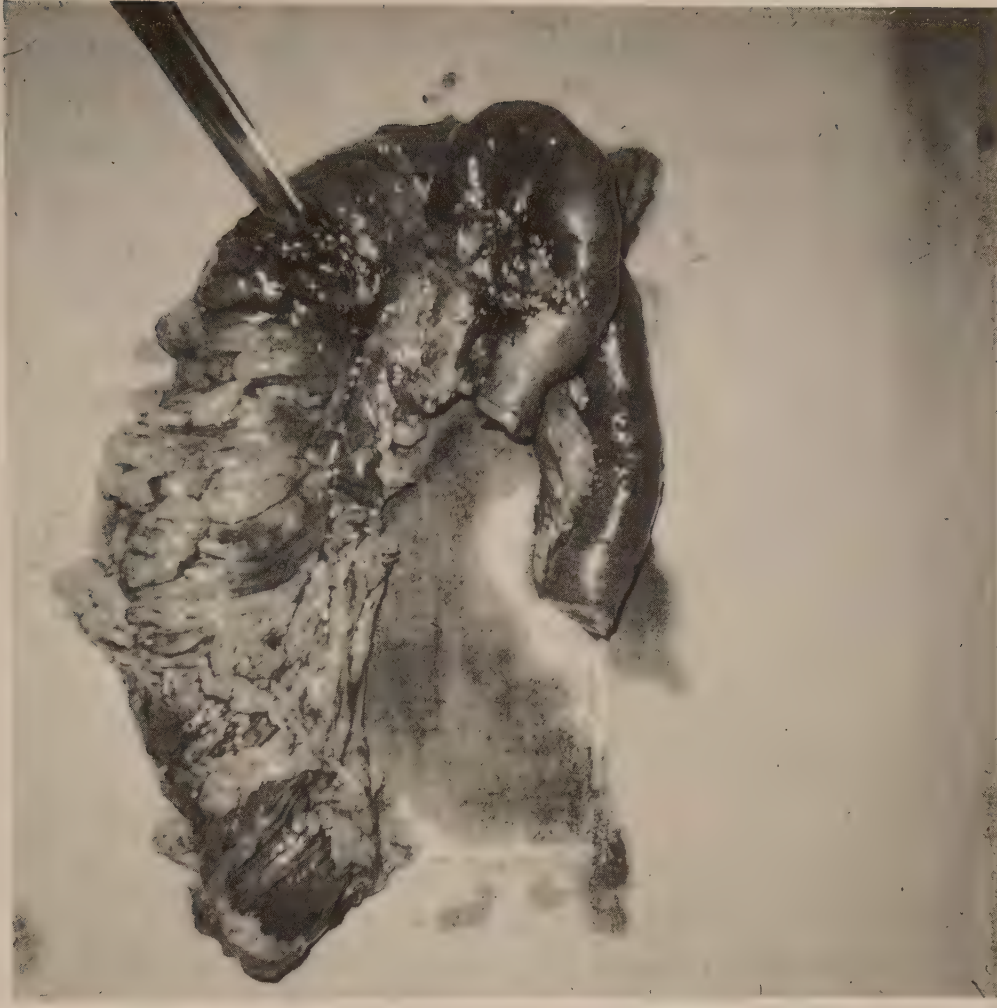
Obs 25 Madame Lucie L..., 86 ans, en très mauvais état général est hospitalisée le 6.11.1970 pour un syndrome occlusif, apyrétique, apparu depuis 3 jours. L'examen de l'abdomen qui est douloureux dans son ensemble, retrouve une masse de la F.I.G. Le taux d'urée est à 0,9g/litre et il existe une hyperleucocytose à 22.000 globules/mm³. L'intervention pratiquée en urgence découvre

une péritonite généralisée à forme asthénique en rapport avec une tumeur inflammatoire abcédée du sigmoïde; colostomie d'amont et drainage. Les suites immédiates sont troublées par une suppuration pariétale (proteus), des escarres fessières, et malgré la dérivation il apparaît une fistule entre la paroi et la tumeur sigmoïdienne. Le L.B. réalisé après reprise du transit confirme le diagnostic de sigmoïdite. La malade décède quelques jours plus tard (37ème jour post-opératoire) par altération progressive de l'état général.

Obs 26 Madame Jeanne B..., 42 ans, traitée depuis plusieurs semaines par les corticoïdes pour des sciatalgies gauches est hospitalisée en médecine pour des douleurs abdominales associées à un syndrome infectieux. Il s'agit en fait d'une septicémie à colibacille et à proteus (plusieurs hémocultures positives) à point de départ sigmoïdien; le L.B. montre des images typiques de sigmoïdite diverticulaire. La non-amélioration de l'état de la malade et l'apparition d'une défense abdominale généralisée font intervenir le 20 décembre, soit 12 jours après le début des troubles: il s'agissait d'une péritonite généralisée évoluant à bas bruit en rapport avec une double perforation du sigmoïde qui est très inflammatoire avec mésosigmoïdite rétractile; colostomie transverse et drainage par lame. Une insuffisance rénale aiguë (urée sanguine: 2,5g/l) nécessitera le transfert de la malade dans un service de réanimation spécialisée.

4 mois plus tard colectomie segmentaire difficile avec anastomose terminoterminal; malgré la persistance de la colostomie transverse apparaîtra une petite fistule sur lâchage partiel de l'anastomose et abcès de paroi (pyocyanique, proteus, escherishia coli). Fermeture de la colostomie dans un troisième temps, après contrôle radiologique de l'anastomose et tarissement spontané de la fistule.

Obs 27 Madame Germaine F..., 66 ans, est hospitalisée en janvier 1971 pour des rectorragies abondantes, de sang rouge, d'apparition brutale, avec douleur de la F.I.G., sans fièvre; il existe cependant une hyperleucocytose. Le L.B. montre au niveau du sigmoïde une image pseudo-diverticulaire faisant



Obs. N° 27 - Pièce d'exérèse montrant la perforation sigmoïdienne (Photo de Gauche) et l'anse iléale accolée (photo de droite).

évoquer un lymphosarcome. C'est avec ce diagnostic que la malade est opérée le 27 janvier: découverte d'une tumeur sigmoïdienne perforée dans une anse grêle. Hémicolectomie gauche avec anastomose colorectale et résection iléale. Les suites seront difficiles, marquées par une reprise tardive du transit et de l'alimentation, un état général très médiocre, des escarres fessières. Le compte-rendu histologique rectifiera le diagnostic: "l'examen de ce segment colique montre un épaississement de la muqueuse avec infiltrats inflammatoires fibrinoleucocytaires riches en polynucléaires altérés disséminés en nappes ou formant des foyers circonscrits; ces infiltrats occupent la muqueuse, la musculuse et la séreuse; pas de lésion tumorale, ni spécifique; il s'agit d'une sigmoïdite suppurée". Pas d'autre complication n'est apparue depuis lors (un an de recul).

Obs 28 Madame Ida D..., 79 ans, est hospitalisée en janvier 1971 pour un syndrome occlusif, apyrétique évoluant depuis 2 jours. Dans ses antécédants on relève une hernie hiatale opérée en 1952, une lithiase vésiculaire opérée en 1961, la prise de corticoïdes pour une coxarthrose. L'examen clinique met en évidence une masse ferme et douloureuse, périombilicale, la radio d'abdomen sans préparation montre une grisaille hypogastrique et des niveaux hydroaériques du grêle. L'intervention faite en urgence découvre:

- 1°/ un épanchement purulent de la cavité péritonéale.
- 2°/ Un énorme kyste de l'ovaire droit, enclavé dans le petit bassin et débordant le promontoire, comprimant le rectum et le sigmoïde.
- 3°/ une perforation d'un diverticule sigmoïdien.

Il est pratiqué une hystérectomie subtotale avec annexectomie bilatérale, puis une résection sigmoïdienne type HARTMANN. L'examen histologique de la pièce montra qu'il s'agissait d'un kyste fibropapillaire bénin et d'une sigmoïdite avec présence de diverticules et de granulomes macrophagiques fibrinoleucocytaires.

Les suites furent compliquées par des troubles du rythme cardiaque, une suppuration pariétale, une incontinence

urinaire nécessitant une sonde vésicale à demeure, des escarres fessières et sacrées. La malade a été réhospitalisée 6 mois plus tard pour une altération de l'état général. Il n'est pas question de rétablir la continuité colique.

Obs 29 Monsieur Roger G..., 63 ans, constipé chronique, est hospitalisé le 31 janvier 1971 pour une douleur de la F.I.G. d'apparition brutale lors d'un effort de défécation. Cette douleur diffuse progressivement à tout l'abdomen avec arrêt des matières et des gaz, pas de fièvre mais une hyperleucocytose (23.000 G.B.). La radio d'abdomen sans préparation montre une anse grêle dilatée avec un niveau hydroaérique; un petit pneumopéritoine passera inaperçu et ne sera découvert qu'à posteriori; un lavement baryté effectué le lendemain met en évidence une sigmoïdite diverticulaire avec effraction de la paroi colique et passage de baryté hors de la lumière intestinale. Après une courte réanimation le malade est opéré alors que sont apparues fièvre et défense abdominale généralisée; il s'agit d'une occlusion du grêle par accolement d'anses grêles sur un abcès pelvien péri-sigmoïdien, dûe à une perforation diverticulaire en péritoine cloisonné; il est effectué une colostomie iliaque gauche et un drainage des lésions.

Au 6ème jour apparaissent des rectorragies et un mélena suffisamment importants pour nécessiter une laparotomie exploratrice au 11ème jour, qui ne permet pas d'en découvrir l'origine.

Un lavement baryté effectué en mai montre la persistance de la diverticulite sigmoïdienne et l'intégrité du colon descendant. Colectomie segmentaire et anastomose colorectale en juin. Suites simples.

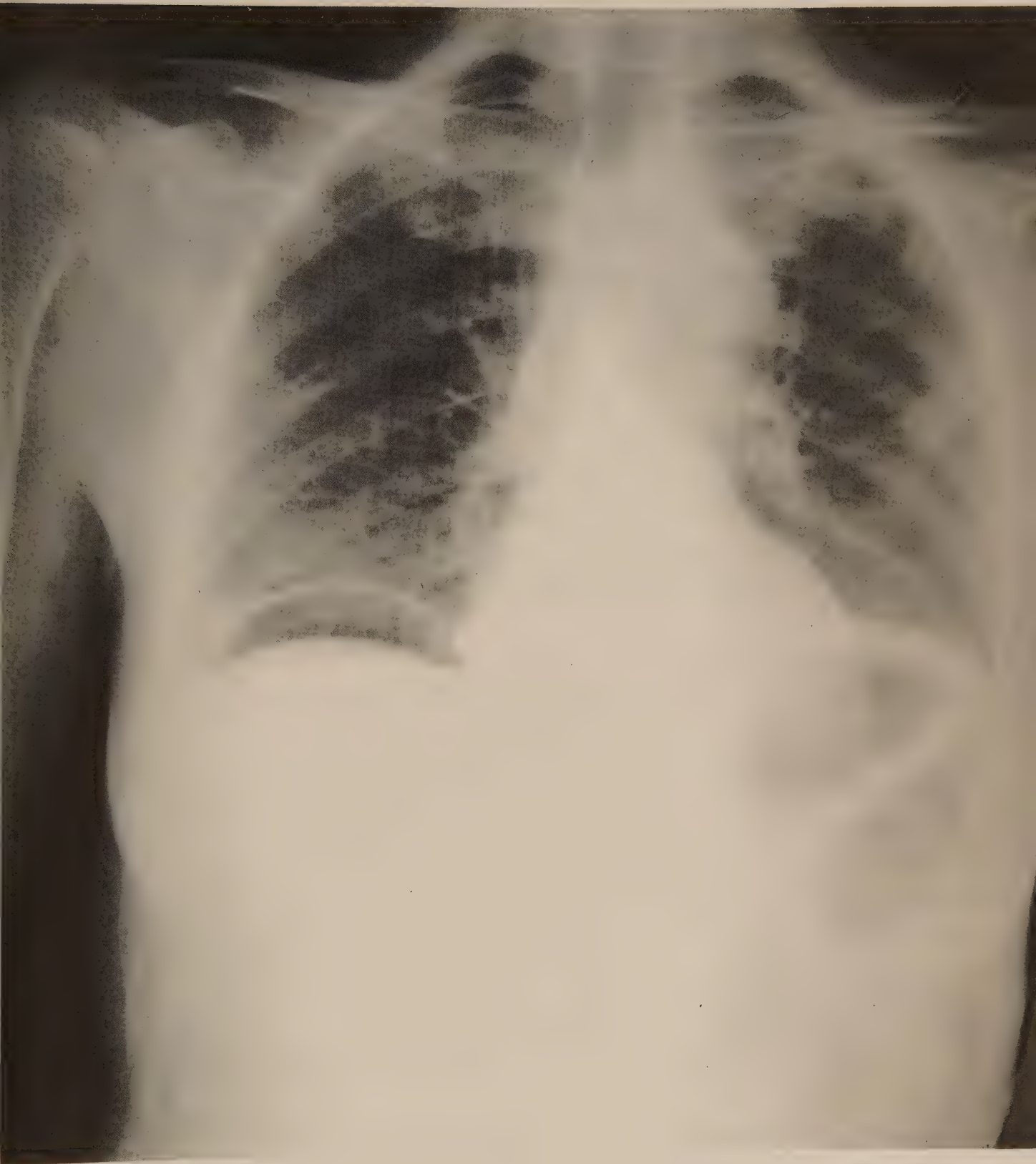
OBS 30 Monsieur Lucien B., 60 ans, est hospitalisé au 10ème jour d'un syndrome subocclusif fébrile à début brutal, douloureux dans la F.I.D. L'intervention pratiquée découvre un abcès du DOUGLAS sur lequel est accolée la dernière anse grêle; l'appendice est sain; le sigmoïde est le siège d'une importante tumeur inflammatoire; colostomie iliaque gauche et drainage. Le lavement

baryté pratiqué 15 jours plus tard montre des images de sigmoïdite avec petite fuite hors de la lumière colique. Le malade subit en juillet (3 mois 1/2 après la 1ère intervention) une colectomie segmentaire avec rétablissement de la continuité, bien que la tumeur inflammatoire ait complètement disparu. Suites simples.

Obs 31 Madame Sidonie C..., 86 ans, est hospitalisée en avril 1971 pour pneumopéritoine clinique et radiologique, arrêt des matières et des gaz depuis plusieurs jours, douleurs de la F.I.G. avec empâtement douloureux du cul-de-sac gauche au toucher vaginal. Une réanimation médicale associée à des ponctions-lavage de l'abdomen amèneront une amélioration passagère. Décès un mois plus tard. Il s'agissait d'une perforation diverticulaire.

Obs 32 Madame Marie D..., 83 ans, est hospitalisée en mai 1971 pour des rectorragies. Le lavement baryté met en évidence une importante sigmoïdite diverticulaire. Cette femme étant par ailleurs porteuse d'un epithelioma du corps utérin ne subira qu'une hystérectomie totale. Revue 7 mois plus tard elle présente toujours des douleurs de la F.I.G. avec aux touchers pelviens perception d'un sigmoïde douloureux, empâté avec nombreux petits nodules durs correspondant très probablement à des fécalomes intra-diverticulaires. Etant donné l'âge et le mauvais état général il n'est pas possible d'envisager une résection.

Obs 33 Monsieur Maurice L..., 75 ans, est hospitalisé en juin 1971 pour une occlusion aiguë basse, probablement colique, non fébrile. L'examen clinique trouve une F.I.G. douloureuse avec légère défense. Le lavement baryté montre une sténose sigmoïdienne serrée, rigide et peu étendue (2 à 3 cm) avec quelques diverticules, pouvant évoquer une lésion maligne. Le malade subit une colectomie segmentaire idéale en un temps après que le colon ait été préparé et que l'occlusion ait cédé sous traitement médical. Suites simples. L'examen histologique infirme l'hypothèse d'une lésion maligne et confirme la nature purement inflammatoire de la lésion tumorale.



Obs. N° 34 - Pneumopéritoine visible sous la coupole diaphragmatique droite.

Obs 34 Madame Marguerite F..., 63 ans, est hospitalisée le 25 juin pour péritonite aiguë (contracture abdominale, arrêt des matières et des gaz, fièvre à 38°, pneumopéritoine radiologique). Des antécédants d'ulcère gastroduodénal et la prise récente de quantités importantes d'aspirine font penser à une perforation d'ulcère. La malade est néanmoins rapidement opérée. Il existe du liquide purulent dans la cavité péritonéale; l'étage sus mésocolique est sain; le petit bassin est cloisonné par de fausses membranes accolant grêle, utérus, annexes et sigmoïde qui est inflammatoire et rétracté sur son méso, mais on ne note pas de perforation; toilette péritonéale, drainage des lésions sans dérivation des matières. Le L.B., pratiqué 3 semaines plus tard, montre une sigmoïdite diverticulaire avec extension des diverticules à tout le colon gauche. Etant donné la persistance de douleurs de la F.I.F. et une constipation opiniâtre entre-coupée de débâcles diarrhéiques, la malade subit en décembre une colectomie segmentaire idéale en un temps. Suites simples, mais recul insuffisant.

Obs 35 Madame Anne R..., 68 ans, est hospitalisée le 27 juin pour phlegmon sur éventration sous ombilicale étranglée (hystérectomie pour fibrome en 1962); le L.B. fait en urgence montre une sigmoïdite diverticulaire avec trajet fistuleux parasigmoïdien et diverticulose de tout le colon gauche. L'intervention découvre une poche contenant du pus, du gaz et de l'épiploon incarcerated; la présence de nombreuses adhérences rend l'exploration intra-abdominale difficile et on se contente d'une résection épiploïque, d'un drainage et d'une cure de l'éventration. Au 6ème jour apparaît une suppuration pariétale suivie au 8ème jour d'éviscération et au 18ème jour d'une fistule avec émission de gaz et de matières fécales; il s'agit d'une fistule sigmoïdienne confirmée par lavement baryté et fistulographie.

La malade est réhospitalisée 3 mois 1/2 plus tard pour persistance de la fistule, masse douloureuse de la F.I.G. et fièvre. Après préparation colique, il est réalisé une colectomie segmentaire avec exérese du trajet fistuleux, anastomose terminoter-



Obs. N° 35 - Fistulographies

Photo de gauche : fistule pyostercorale et opacification du sigmoïde diverticulaire 6 Jours après drainage d'un abcès sans dérivation des matières.

Photo de droite : fistule pyostercorale par l'orifice de drainage après colectomie ségmentaire et anastomose immédiate non protégée par une dérivation.

-minale sans colostomie. Malgré la reprise du transit, apparaît une nouvelle fistule par l'orifice de drainage iliaque gauche au 5ème jour; une fistulographie réalisée une dizaine de jours plus tard montre une désunion totale de l'anastomose et une communication large entre le colon et la peau, ce qui nécessitera une troisième intervention: colostomie transverse et drainage de la fosse iliaque gauche. Il y aura lieu de reprendre ultérieurement cette malade pour rétablir la continuité!

Obs 36 Madame Reine S..., 54 ans, obèse, est hospitalisée pour douleurs des fosses iliaques droite et gauche, fièvre à 38°, accentuation d'une constipation chronique entrecoupée depuis peu d'épisodes diarrhéiques. Le L.B. montre une sténose de la jonction rectosigmoïdienne suspecte de malignité, ne regressant pas sous traitement anti-infectieux. Il est pratiqué une colectomie segmentaire idéale. L'ouverture de la pièce opératoire montre une muqueuse saine avec des diverticules et des fécalomes intradiverticulaires. L'examen histologique confirme l'absence de lésion maligne et la nature purement inflammatoire de cette tumeur sigmoïdienne. Suites simples.

Obs 37 Madame Marie L..., 66 ans, grande obèse est hospitalisée le 1er septembre 1971 pour péritonite aiguë. Il s'agit d'une asthmatique, insuffisante respiratoire chronique, traitée par les corticoïdes au long cours, au faciès cushingoïde, qui souffre de son abdomen depuis 3 jours, qui vomit, a un arrêt des matières, une fièvre à 39 et une tension artérielle basse. Il existe de gros troubles biologiques: K= 2,9 mEq/litre, RA = 18 mEq/ litre, urée = 0,92 g/litre, glycémie = 0,49 g/litre, taux de prothrombine = 24% , 12.000 globules blancs.

La malade est opérée avec le diagnostic d'appendicite. On découvre, de la taille d'une orange, une tumeur inflammatoire aiguë et perforée du sigmoïde; colostomie iliaque gauche et drainage.

Les suites immédiates sont troublées par un collapsus (par insuffisance surrénale aiguë et choc toxique), une décompensation de l'insuffisance cardiorespiratoire, et une anurie.

Décès de la malade au 2ème jour. L'autopsie retrouvera une thrombose de l'artère pulmonaire gauche et des lésions diffuses de pneumonie.

CHAPITRE IV

ETUDE ANALYTIQUE DES OBSERVATIONS

Age et sexe des malades

Sur 37 cas nous avons observé 17 hommes et 20 femmes. L'âge moyen lors de la 1ère complication était de 64,5 ans (58 ans pour les hommes et 69,5 ans pour les femmes).

La sigmoïdite semble donc un peu plus précoce chez l'homme que chez la femme (probabilité égale à 1% -résultat très significatif)

L'âge minimum de notre série était 38 ans (2malades) et l'âge maximum 86 ans (3 malades). La répartition par classe d'âge est présentée par le tableau N° II.

Fréquence de la sigmoïdite

Afin d'avoir une certaine notion de la fréquence de la sigmoïdite compliquée nous l'avons comparée avec celle d'autres affections du rectosigmoïde au cours de cinq années consécutives dans un service de chirurgie générale (traumatologie comprise). Ceci est résumé dans le tableau N° III.

Il faut cependant remarquer que durant ces 5 années, nous n'avons relevé que 10 cas de sigmoïdites compliquées sur plus de 9.000 interventions, alors que dans le second service pris en considération, il y eut 14 sigmoïdites compliquées en 2 ans et pour 2700 interventions.

En résumé disons donc que la sigmoïdite est moitié moins

fréquente que le cancer du sigmoïde et un peu moins fréquente que le cancer du rectum.

Sigmoïdite et groupes sanguins

L'étude des groupes sanguins des malades observés ne nous a pas montré de différence significative avec la répartition de ceux-ci dans une population témoin, comme l'indique le tableau N°IV.

Complications observées et mortalité

Sur notre série de 37 malades nous avons pu relever plus de 50 complications; certains sujets ont en effet fait plusieurs complications, soit lors de poussées consécutives par traitement insuffisant lors de la 1ère poussée, soit simultanément. Nous les avons regroupés en plusieurs chapitres:

-15 cas de péritonite aiguë généralisée (40% des malades):

- . 14 fois il s'agissait d'une péritonite par perforation (observations 3.6.11.14.16.19.22.23.25.26.28.31.34.37) avec 7 décès et une malade moribonde lorsqu'elle quitta le service et fut perdue de vue.
- . 1 fois il s'agissait d'une péritonite par diffusion à partir d'une tumeur inflammatoire aiguë.

-4 cas de sigmoïdite aiguë ou tumeur inflammatoire aiguë (observations 1.7.9.30)

-7 cas d'occlusions aiguës (19% des malades)

- . 3 fois au niveau du grêle (observations 18.29.30) avec un décès. Il y a lieu de noter que ces occlusions du grêle étaient dues à un accollement d'une anse sur une tumeur inflammatoire du sigmoïde ou sur un abcès pelvien.
- . 4 fois au niveau du colon (observations 5.13.17.33) avec deux décès.

nombre de
cas de
notre série

pourcentage de diverticulose
sigmoïdienne radiologique
par rapport à l'ensemble
des malades examinés

selon

DEBRAY & HARDOUIN

J. PARIS

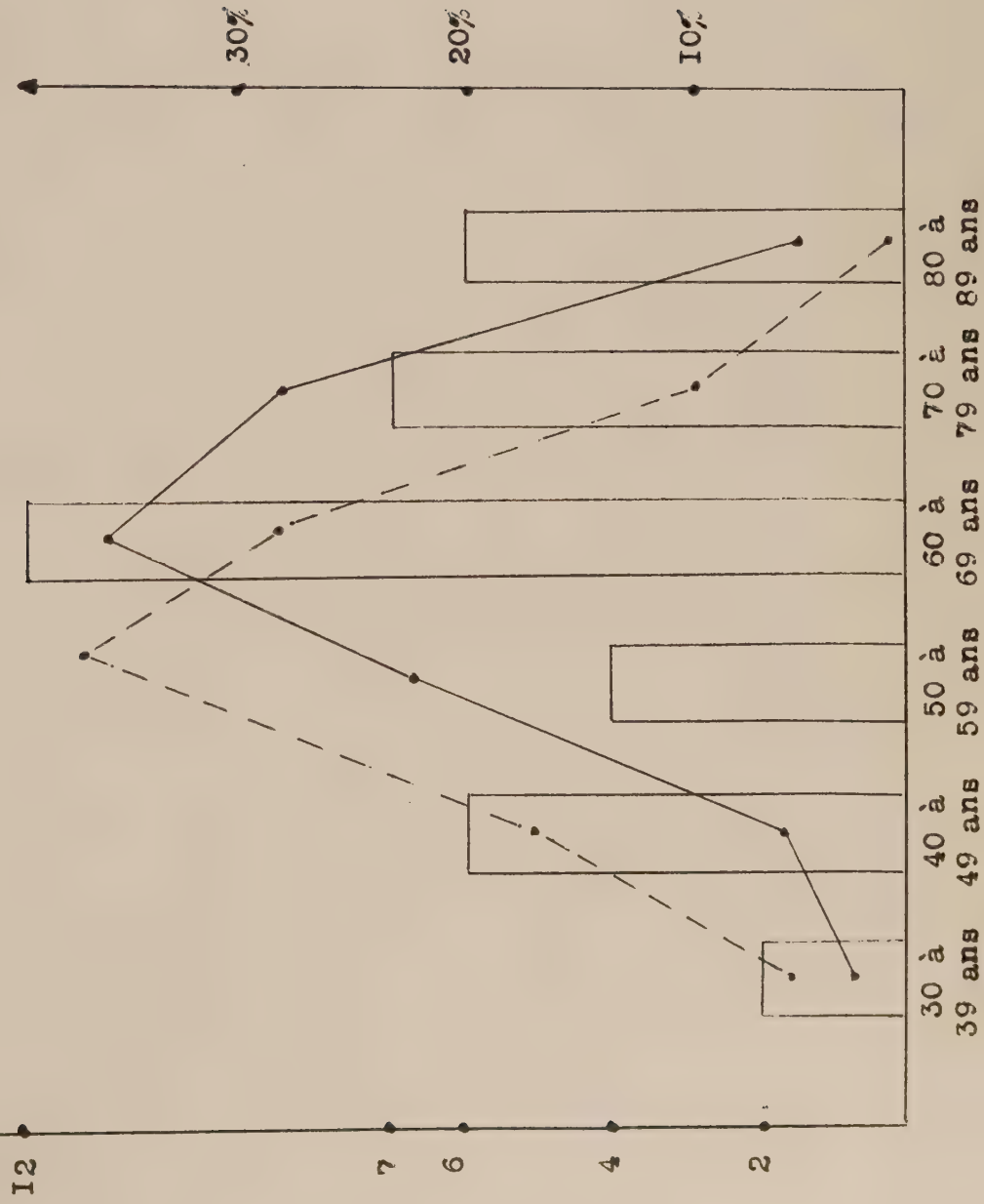


Tableau n° II

Répartition des malades par
classes d'âge.

Tableau n° III

Evaluation de la fréquence de la simoïdite compliquée
dans un service de chirurgie générale

nombre	1966	1967	1968	1969	1970	TOTAL
d'interventions	1880	1670	1850	2100	1950	
de simoïdites	2	2	0	4	2	10
de volvulus du simoïde	0	2	3	2	1	8
de cancers du simoïde	4	8	3	4	4	23
de cancers du rectum	3	5	0	2	4	14

Tableau n° IV

Répartition des groupes sanguins

	notre série	population témoin
O	46 %	43 %
A	38 %	47 %
B	8 %	7 %
AB	8 %	3 %
Rhésus +	90 %	85 %
Rhésus -	10 %	15 %

- 7 cas de forme pseudotumorale chronique (19% des malades observés)
(observations 2.12.20.21.23.33.36) Il y eut un décès.

- 10 cas de fistules majeures ne s'étant pas spontanément tarées.
Elles apparurent soit au cours de l'évolution de la sigmoïdite,
soit au décours d'une intervention chirurgicale. Il faut
distinguer:
 - 3 fistules sigmoïdovésicales (observations 1.2.4)
 - 3 fistules iléosigmoïdiennes (observations 15.22.27) avec
deux décès et une malade perdue de vue dans un état
désespéré.
 - 3 fistules sigmoïdocutanées (observations 19.22.35)
 - 1 fistule dans la gaine du psoas (observation 14)

- 6 cas d'abcès péricoliques et péripéritonites cloisonnées
(observations 8.18.21.23.29.35)

- 6 fois on retrouve un méléna ou des rectorragies comme manifesta-
tion première, ou au décours d'une autre complication.
(observations 15.17.20.27.29.32). Il y eut 2 décès par ces malades,
mais ceux-ci ne sont pas directement imputables à l'hémorragie.

- 1 fois on retrouva associés une sigmoïdite et un cancer du sigmoïde;
le malade mourut indirectement de sa sigmoïdite (observation 15)

Au total sur une série de 37 malades on relève 11 décès,
soit 29% (32% si on tient compte de la malade qui a quitté le
service moribonde)

Si on ne tient compte dans notre série que des malades opérés
(34 cas) on relève 10 décès (29%) et sur les 3 malades non opérés
il y eut 1 décès et une moribonde.

Enfin, sur 10 morts il y avait 4 hommes et 7 femmes, chiffre
sensiblement proportionnel à la répartition de nos malades selon
le sexe (17/20)

Causes et facteurs favorisant de mortalité

1°/ Parmi les complications observées certaines apparaissent d'emblée beaucoup plus graves:

- Sur les 15 cas de péritonite aiguë généralisée on dénombre 7 décès et une moribonde soit environ 50% de mortalité.

- Sur 7 cas d'occlusion aiguë on déplore 3 décès soit 43%, chiffres qui sont semblables à ceux cités par d'autres auteurs.

- On compte deux décès sur les 9 cas de fistules (soit 22% de mortalité)

- et aucun décès sur les 8 cas de tumeur inflammatoire chronique.

Il est donc évident que les complications aiguës (péritonites généralisées et occlusions) sont des plus graves.

2°/ Le grand âge semble être un facteur favorisant de mortalité puisque l'âge moyen des sujets décédés était de 72,5 ans, donc supérieur de 8 ans à la moyenne d'âge de notre série et supérieure de 11 ans à la moyenne d'âge des sujets survivants. Résultat significatif (probabilité $< 0,05$)

Parallèlement on note que sur 6 sujets octagénaires, 5 furent opérés et moururent; un sujet ne fut pas opéré de sa sigmoïdite qui n'était pas une forme gravissime et survécut. C'est dire le mauvais pronostic des sigmoïdites compliquées après 80 ans. *

3°/ Le retard porté au diagnostic nous a semblé intéressant à considérer. A posteriori et en reprenant l'anamnèse, nous avons

* Tout récemment nous avons observé un autre cas de péritonite par perforation de diverticule sigmoïdien chez une femme de 86 ans; colostomie et drainage en urgence. Décès au 2ème jour par déséquilibre électrolytique!

Tableau n° V

Durée d'évolution de quelques complications graves avant
que le diagnostic n'en soit porté, et mortalité correspondante

Observation	Age	Complication	Durée d'évolution	Suites
3	47	péritonite aigue	24 heures	guérison
6	38	"	8 jours	D.C.D.
10	56	"	24 heures	guérison
11	60	"	3 jours	D.C.D.
13	86	occlusion du grêle	3 jours	"
16	68	péritonite aigue	12 heures	"
18	81	péritonite cloisonnée et occlusion du grêle	10 jours	"
19	49	péritonite aigue	3 jours	guérison
25	86	"	3 jours	D.C.D.
26	42	"	24 heures ?	guérison
28	79	"	3 jours	"
29	63	péritonite cloisonnée et occlusion du grêle	48 heures	D.C.D.
30	60	abcès pelvien et occlusion du grêle	12 jours	guérison
34	63	péritonite aigue	36 heures	"
37	60	"	3 jours	D.C.D.

essayé de chiffrer la durée d'évolution de la complication avant que le diagnostic ne fut porté et l'intervention décidée. C'est ce qui est résumé dans le tableau N° V.

Diagnostiquées plus tardivement que les autres péritonites par perforation (ulcère gastroduodénal, appendicite) les péritonites par perforation de sigmoïdite semblent donc de diagnostic plus difficile. A cela deux causes possibles: Soit qu'il s'agit de sujets âgés ou en mauvais état général chez qui la péritonite prend volontiers une forme asthénique, soit qu'elle survient chez des sujets en traitement par des antibiotiques ou des anti-inflammatoires qui en atténuent la symptomatologie (observation 24, où il est difficile de savoir quand s'est produit la perforation, la malade étant sous corticoïdes et antibiotiques depuis plus de 10 jours)

Sur le plan pronostic il semble bien, comme on pouvait s'y attendre en théorie, que le retard apporté au diagnostic et au traitement soit un élément péjoratif puisque la durée moyenne d'évolution de la maladie avant diagnostic a été de 1,7 jour pour les sujets qui survécurent, et de 3,5 jours, soit le double, pour les sujets décédés de péritonite aiguë.

4°/ Très intéressant à étudier est également le rôle joué par les anti-inflammatoires et produits associés dans l'évolution d'une sigmoïdite. Ceci est résumé dans le tableau N° VI.

Nous n'avons évidemment retenu ici que les dossiers de malades qui prenaient de façon régulière et à dose moyenne ou forte de tels médicaments; c'est ainsi qu'une malade prenait des corticoïdes depuis plus de 20 ans pour une P.C.E. et qu'une autre est arrivée en état de mal asthmatique, traitée par corticoïdes et présentant un faciès cushingoïde depuis plusieurs années.

Il nous faut cependant dire que sur les 10 dossiers conservés, nous avons moins de précisions sur les doses et la durée de traitement anti-inflammatoire pour 3 d'entre eux.

Tableau n° VI

Role des anti-inflammatoires dans les sigmoïdites

Anti-inflammatoire utilisé par le malade	n° de l' observation	Complication	Décès
Corticoïde	II *	péritonite aigue	+
"	26	"	
"	28	"	
"	29 *	péritonite cloisonnée occlusion du grêle mélaena	
"	37	péritonite aigue	+
Aspirine & dérivés	34	"	
"	35	fistule	
Corticoïde & aspirine	23 *	péritonite aigue	+
"	24	F. pseudo-tumorale	
Phénylbutazone	27	hémorragie	

Les observations marquées d'une * comportaient quelques imprécisions sur les doses et la durée du traitement.

Sur les 10 malades (soit 27% de notre série) nous avons donc relevé:

- 6 péritonites avec 3 décès
- 1 perforation en péritoine cloisonnée
- 2 occlusions
- 2 hémorragies
- 1 fistule
- 1 forme pseudotumorale

Enfin si pour beaucoup de malades la prise des anti-inflammatoires a commencé plusieurs mois ou plusieurs années avant la sigmoïdite, pour deux malades (obs 26 et 27) la complication qui a révélé la sigmoïdite a suivi de peu (quelques jours ou semaines) la prise des anti-inflammatoires et il semble donc qu'on puisse alors parler de relation de cause à effet. Pour les autres, cette relation est moins évidente mais il serait aussi difficile de nier toute corrélation.

Avec les réserves qu'il y a lieu de faire au sujet d'une série statistique aussi faible, nous en concluons que les anti-inflammatoires favorisent les complications aiguës mais n'en aggravent pas sensiblement le pronostic.

5°/ Nous avons recherché d'autres facteurs d'aggravation possibles.

A/ Bien que la taille et le poids des malades ne soit pas constamment indiqué dans les dossiers, nous avons relevé 6 cas où l'obésité était manifeste. Il y eut 2 décès.

B/ 4 fois le malade présentait un état général très altéré, état cachectique, insuffisance hépatique majeure, insuffisance cardiorespiratoire, etc, il y eut 4 décès.

6°/ La recherche d'une association avec d'autres affections ne nous a rien apporté de convainquant. C'est ainsi que nous avons retrouvé en plus de la sigmoïdite:

- + Une lithiase vésiculaire
- + Une hernie hiatale
- + 2 fois l'association d'une lithiase vésiculaire avec une hernie hiatale constituant ainsi la triade de SAINT.

+ 2 ulcères gastroduodénaux

+ 5 cancers qui ont précédé ou suivi de peu l'évolution de la sigmoïdite: 1 fois la vessie, 2 fois le sein, 1 fois l'utérus, 1 fois le rectosigmoïde.

+ 6 cas de troubles psychiques à type de dépression (observations 9.12.20.27.28.29.)

Existence d'antécédants ou complication inaugurale?

Nous nous sommes posés la question de savoir si les complications observées survenaient chez des sujets au long passé colitique ou si elles étaient inaugurales d'une affection jusque là muette.

Dans notre série, 6 malades étaient traités pour leur sigmoïdite qui avait été reconnue cliniquement et radiologiquement, dans des délais qui variaient de 5 mois à 8 ans (en moyenne 4,5 ans. Les complications observées furent:

- Une péritonite avec décès de cette malade de 68 ans traitée depuis un an et demi.
- Une fistule sigmoïdovésicale
- Une sigmoïdite aiguë à poussées multiples, très invalidantes
- Une rectorragie
- Un abcès pelvien
- Une forme pseudotumorale chronique.

6 autres malades présentant des symptômes qui évoquaient la sigmoïdite, surtout à posteriori, n'eurent pas de lavement baryté mais furent parfois traités d'une façon symptomatique. Ces troubles évoluaient depuis 3 mois à 1 an (en moyenne 9 mois) lorsqu'apparut la complication qui fut:

- Une péritonite
- Une fistule sigmoïdovésicale
- Une sigmoïdite aiguë préperforative
- Une fistule iléocolique s'accompagnant de méléna et d'un petit cancer de la fonction rectosigmoïdienne. Décès du malade.

- Une occlusion colique associée à un méléna. Décès de la malade.

- Une forme pseudotumorale chronique.

6 autres malades enfin, avouent une constipation chronique importante nécessitant la prise de laxatifs, parfois d'une façon quotidienne depuis des années, celle-ci étant de temps à autre entrecoupée d'épisodes diarrhéiques (surdosage en laxatifs ou manifestations de l'irritation sigmoïdienne?). Chez ces malades on observera, sans aucun décès:

- 3 formes pseudotumorales chroniques

- Une péritonite aiguë.

- Une hémorragie

Soit au total 12 malades (32%) porteurs d'une sigmoïdite depuis plusieurs mois, voire plusieurs années et 3 décès qui auraient, peut-être, pu être évités par un traitement mieux approprié!

Quant aux 19 malades restants l'interrogatoire ou le dossier fut souvent incomplet au sujet de leurs antécédants intestinaux!...

Morbidité et complications post-opératoires

Celles-ci ne furent pas négligeables bien qu'un certain nombre de dossiers soient incomplets sur ce plan; nous sommes donc en dessous de la vérité quand nous relevons:

12 cas de suppuration pariétale avec abcès collecté

4 cas de septicémie (staphylocoque, proteus, escherichia coli)

3 cas de pneumonie, dont 2 mortelles, toutes découvertes à l'autopsie.

4 cas de phlébite

3 cas d'embolie pulmonaire dont 2 mortelles

3 éviscérations et 1 éviscération.

5 cas de décompensation cardiorespiratoire dont 3 mortelles

5 cas d'insuffisance rénale dont 4 mortelles.

1 coma hépatique mortel

2 accidents vasculaires cérébraux

5 malades ayant présenté des escarres.

5 cas de fistules colocutanées post-opératoires dont 2 minimes qui se bouchèrent spontanément.

3 malades qui restèrent avec un anus artificiel définitif, leur mauvais état général ne permettant pas une réintervention chirurgicale.

1 occlusion du grêle post-opératoire sur bride.

Certains sujets firent bien entendu plusieurs complications post-opératoires. Rares sont malheureusement les malades qui n'en firent aucune!

Dans un même ordre d'idée, nous avons cherché à évaluer la gravité de la maladie et son invalidité; pour cela nous avons éliminé les dossiers des sujets décédés précocément et les dossiers incomplets sur ce point particulier. Sur les 20 dossiers utilisables nous avons calculé que:

- la durée totale de la maladie, à savoir depuis l'apparition des premiers signes jusqu'à la guérison, étaient en moyenne de 1 an et 5 mois (de 2 mois à 8 ans)

- le temps écoulé entre la 1ère complication et la guérison de la maladie était en moyenne de 8 mois (1 mois à 3 ans)

- la durée totale d'hospitalisation était en moyenne de 2 mois et demi (3 semaines à 6 mois), en ne tenant pas compte des séjours en maison de repos ou en service de chroniques!

Méthodes thérapeutiques utilisées

Il faut les classer en deux grands groupes, qui dans notre série ont été employés d'une façon à peu près égale; nous étudierons ensuite quelques cas particuliers.

La 1ère méthode est celle qui consiste à dériver les matières en amont de la lésion en y associant un drainage des lésions. Elle fut utilisée 15 fois et fut responsable

de 6 décès.

Dans un deuxième temps on y associe généralement une colectomie segmentaire. Voici résumés les 15 cas où elle fut employée:

-suture de perforation + drainage + anus iliaque gauche: Obs 11 et 16. 2 décès

-drainage + dérivation par

caecostomie obs 5

anus transverse obs 3.14.19.21.26.

anus iliaque gauche obs 7.17.18.25.29.30.37.

4 décès.

Parmi les 9 malades qui survécurent à ce premier temps, généralement fait en urgence:

- 2 malades eurent un rétablissement de la continuité colique sans exérèse de la lésion sigmoïdienne. L'un d'eux (obs 14) récidiva un an plus tard, tandis que l'autre (obs 5) ne présente pas de trouble colique majeur avec un recul de 3 ans 1/2

- 7 malades eurent une colectomie segmentaire secondaire: en un temps (colectomie emportant l'anus ou associé à sa fermeture) obs 7.29.30.

en deux temps (colectomie suivie ultérieurement de la fermeture de l'anus) obs 21.26.

en trois temps (colectomie sans anastomose, anastomose sous couvert de la colostomie, fermeture de la colostomie)
obs 3 (HARTMANN suivi d'un rétablissement de la continuité sous couvert d'une caecostomie)

en trois temps (colectomie avec anastomose, reprise de l'anastomose qui était mauvaise, fermeture de la colostomie)
obs 19.

Fait capital, qui va à l'encontre d'un des arguments des partisans de la résection en urgence: nous n'avons noté aucun décès, et une morbidité faible dans les temps chirurgicaux qui suivirent une colostomie!

La 2ème méthode préconisée par certains, consiste à traiter d'emblée les lésions en pratiquant une colectomie segmentaire. Nous l'avons utilisée 18 fois et avons eu 3 décès. Cette colectomie segmentaire peut se faire selon plusieurs types, peut être accompagnée d'une colostomie de décharge, et peut être suivie d'autres temps; nous distinguerons donc:

- l'hémi colectomie gauche idéale avec anastomose transverso-rectale immédiate: obs 27

- la colectomie segmentaire idéale, enlevant l'anse sigmoïdienne avec anastomose colorectale immédiate sans anus de décharge: obs 1. 9.12.20.24.33.36.

- La colectomie segmentaire avec anastomose immédiate sous couvert d'une dérivation: obs 2 (colostomie iliaque gauche) 8 (colostomie iliaque gauche) 14 (caecostomie).

- colectomie segmentaire type HARTMANN:

 - obs 4.6.28 1 décès

 - les 2 autres malades n'eurent jamais de rétablissement de la continuité.

- colectomie segmentaire sans rétablissement de la continuité et avec abouchement des 2 bouts coliques à la peau
obs 13 1 décès

- 2 malades eurent dans un premier temps une colectomie segmentaire avec rétablissement immédiat de la continuité (opération idéale) mais durent subir par la suite:

 - a) pour l'une (obs 22) 2 mois 1/2 plus tard, une nouvelle résection colique avec double résection iléale (fistule iléocolique) et réfection de l'anastomose sous couvert d'une colostomie cette fois. Les suites immédiates en furent très difficiles et la malade décéda quelques semaines plus tard.

 - B) pour l'autre (obs 35) 3 semaines plus tard, une colostomie transverse associée à un drainage de la F.I.G. parce que l'anastomose s'était désunie et qu'il était apparu une fistule colocutanée. Cette malade n'a pas encore eu de réfection de son anastomose ni de fermeture de son anus artificiel.

Il nous faut enfin parler de quelques malades qui eurent un autre
type de traitement:

- résection simple d'une fistule
obs 1 (la sigmoïdite non traitée récidiva 1 an plus tard)
obs 15 -décès du malade 3 mois plus tard: la sigmoïdite
continuait d'évoluer et un cancer de la jonction
rectosigmoïdienne était apparu.
- laparotomie exploratrice découvrant une sigmoïdite; il
fut fait une toilette péritonéale avec drainage sans
geste sur le colon. Il persiste une symptomatologie clini-
-que 4 ans plus tard, mais sans complication majeure
chez un sujet (obs 10)
Un autre sujet a dû subir, 6 mois plus tard, une colectomie
segmentaire (obs 34) une symptomatologie clinique
importante étant réapparue.
- traitement médical seul chez 2 malades en mauvais état
général: obs 23.31
L'une mourut, l'autre fut perdue de vue au bout de
quelques semaines, moribonde.
- Une malade enfin, très âgée qui avait été hospitalisée
pour des troubles coliques en rapport avec une sigmoïdite
était par ailleurs porteuse d'un cancer du corps utérin
et ne subit qu'une hystérectomie "a minima". Elle supporte
tant bien que mal sa sigmoïdite!

Méthodes utilisées en fonction des lésions observées.

Il est sans doute beaucoup plus intéressant pour le chirurgien d'étudier les résultats de telle ou telle méthode en fonction des complications observées, ce que nous proposons de faire maintenant. Nous classerons les complications en 3 groupes: d'une part les complications aiguës et graves que sont les péritonites aiguës généralisées et les occlusions, d'autre part les complications subaiguës qui laissent parfois le temps de préparer convenablement le malade et le colon en vue de l'intervention, qui sont au pire opérées en urgence différée, les complications chroniques enfin.

1°/ Sur les 22 cas de péritonites aiguës et occlusions,
on utilisa

- la 1ère méthode (drainage + dérivation en urgence)
13 fois (observations 3.5.11.14.16.17.18.19.25.26.
29.30.37) et il y eut 6 décès.
- la 2ème méthode (résection en urgence): 5 fois
(observations 6.13.22.28.33) et il y eut
2 décès dans les suites immédiates
1 anastomose qui dut être reprise pour lachage et
fistulisation, suivie peu après du décès de la
malade.
1 opération de HARTMANN sans rétablissement
ultérieur de la continuité.
1 bon résultat
- d'autres méthodes: 4 fois
2 fois un traitement médical palliatif: 1 mort
(obs 31) et une moribonde (obs 23)
2 fois une laparotomie exploratrice avec toilette
péritonéale: l'un d'eux (obs 34) subit 6 mois
plus tard une résection
l'autre (obs 10) garde ses troubles coliques!

2°/ Sur 6 cas de complications subaiguës (tumeur inflam-
-matoire aiguë, péritonites cloisonnées, abcès périsigmoïdiens
isolés) il n'y eut pas de décès:

- 2 fois il fut fait dans un premier temps un drainage
des lésions et une dérivation des matières
(obs 7. 21)
- 3 fois il fut fait une résection colique d'emblée
idéale (obs 1.9)
ou sous couvert d'une colostomie (obs 8)
- enfin une malade porteuse d'un abcès périsigmoïdien
eut dans un premier temps un drainage isolé de
l'abcès et fistulisa (obs 35)

3°/ Sur les 14 cas de fistules, tumeurs inflammatoires
chroniques et hémorragies il fut fait:

- 1ère méthode (drainage+ dérivation) 1fois (obs35)
- 2ème méthode (colectomie segmentaire) 11 fois
observations 2.4.12.14.15.20.22.24.27.35.36.
.6 fois il fut fait une colectomie idéale en 1 temps
il y eut une fistulisation après lachage de
l'anastomose, ce qui necessita d'autres inter-
-ventions (obs 35).
.1 fois une colectomie segmentaire sous couvert
d'une caecostomie.
.3fois une colectomie segmentaire avec anastomose
sous couvert d'une colostomie. Il y eut une
anastomose défectueuse qui dut être reprise avant
fermeture de la colostomie (obs 19) et un décès
secondaire (obs 22)
.1 opération de HARTMANN sans rétablissement de la
continuité.

-Divers:

Une malade âgée ne fut pas opérée de sa sigmoïdite
les hémorragies minimales, s'étant spontanément arrêtées.

Une fistule sigmoïdovésicale et une fistule iléo-
-sigmoïdienne furent traitées par simple ligature et récidivèrent.
Il y eut un décès.

En conclusion, et pour nos 37 cas, nous avons
l'impression que:

- Dans les formes aiguës (péritonites et occlusions)
la résection en urgence, pratiquée cependant dans
les cas apparamment les meilleurs, ne nous a pas
donné de résultats plus satisfaisants que la
dérivation + drainage.
- la colectomie segmentaire doit toujours être pratiquée
même si les lésions ont disparu après dérivation
+ drainage.
- une chirurgie en plusieurs temps, à la suite d'une
colostomie en urgence n'a aucunement augmenté
la mortalité ni la morbidité.

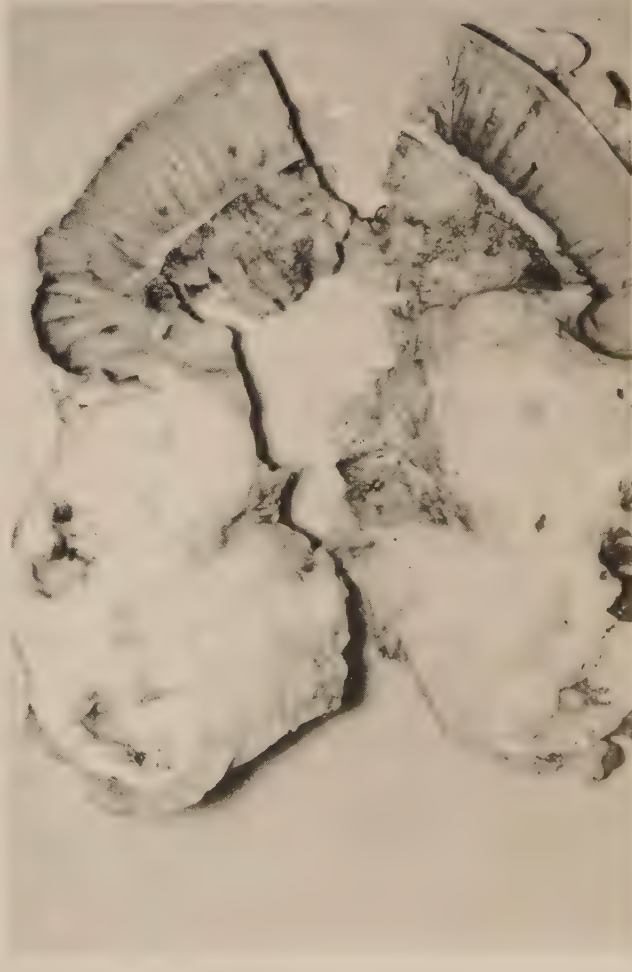
-dans les formes subaiguës ou chroniques, quand le malade a pu être préparé, la colectomie faite d'emblée, semble préférable.



pièce insufflée et formée : nombreux diverticules visibles.



fécalome intradiverticulaire (en haut à gauche).



tumeur inflammatoire chronique.



pièce d'exérèse : nombreux diverticules visibles.

CHAPITRE V

COMMENTAIRES ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

Il nous semble inutile de refaire ici une étude détaillée des facteurs étiologiques, de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie de la sigmoïdite et de ses complications, tant clinique que paraclinique, des méthodes thérapeutiques et de leurs indications respectives. Nous renvoyons pour ceci le lecteur au rapport de Messieurs HENRY et EDELMANN au 64ème Congrès Français de Chirurgie, qui dix ans après sa publication reste parfaitement valable, Comme l'a montré la "table ronde" de révision et de mise au point faite au dernier Congrès Français de Chirurgie. Nous nous bornerons pour chacun de ces chapitres, à confronter nos opinions personnelles, bien modestes certes, à celles d'autres auteurs et à rappeler quelques travaux récents sur la question.

Anatomie pathologique et pathogénie

En ce qui concerne l'examen macroscopique nous n'insisterons que sur un point qui nous semble cependant important: l'intégrité de la muqueuse colique. Ceci peut permettre au chirurgien, sur pièce ouverte, de différencier une tumeur inflammatoire chronique d'un épithélioma colique, alors que l'aspect extérieur est souvent très voisin et trompeur.

Nous n'insisterons pas sur l'examen histologique standard. Classiquement il montre des signes inflammatoires de la paroi sigmoïdienne, bien banaux et connus. Cependant MORSON, sur 173 pièces d'excision chirurgicale ou de nécropsie qui à l'examen clinique, radiologique, et macroscopique avaient été étiquetées "diverticulite", trouve dans :

65% des cas des anomalies de la musculature, des diverticules et des signes inflammatoires.

32% des cas des anomalies de la musculature et des diverticules

3% des cas des anomalies de la musculature isolées.

Les signes inflammatoires ne sont donc pas constants même quand tout pouvait faire croire à une "diverticulite". Entre la "diverticulitose", asymptomatique et la "diverticulite" avec syndrome inflammatoire il y aurait donc place pour une "maladie diverticulaire" (ELLIS - 1970)

Plus récemment une étude de MARTIN et FONTAINE sur une centaine de sigmoïdes présentant une diverticulose ou une diverticulite retrouvent les mêmes lésions de la musculature colique:

- hyperplasie des couches musculaires internes circulaires donnant à l'examen radiologique un aspect très marqué des haustrations coliques.
- hyperplasie des couches musculaires externes formant les bandelettes longitudinales.
- remaniements atrophiques des fibres musculaires lisses longitudinales entre les bandelettes, constituant des zones de moindre résistance où pourront apparaître les diverticules par hernie de la muqueuse colique.

Parallèlement à ces modifications de la musculature, ces mêmes auteurs retrouvent des altérations des plexus d'AUERBACH:

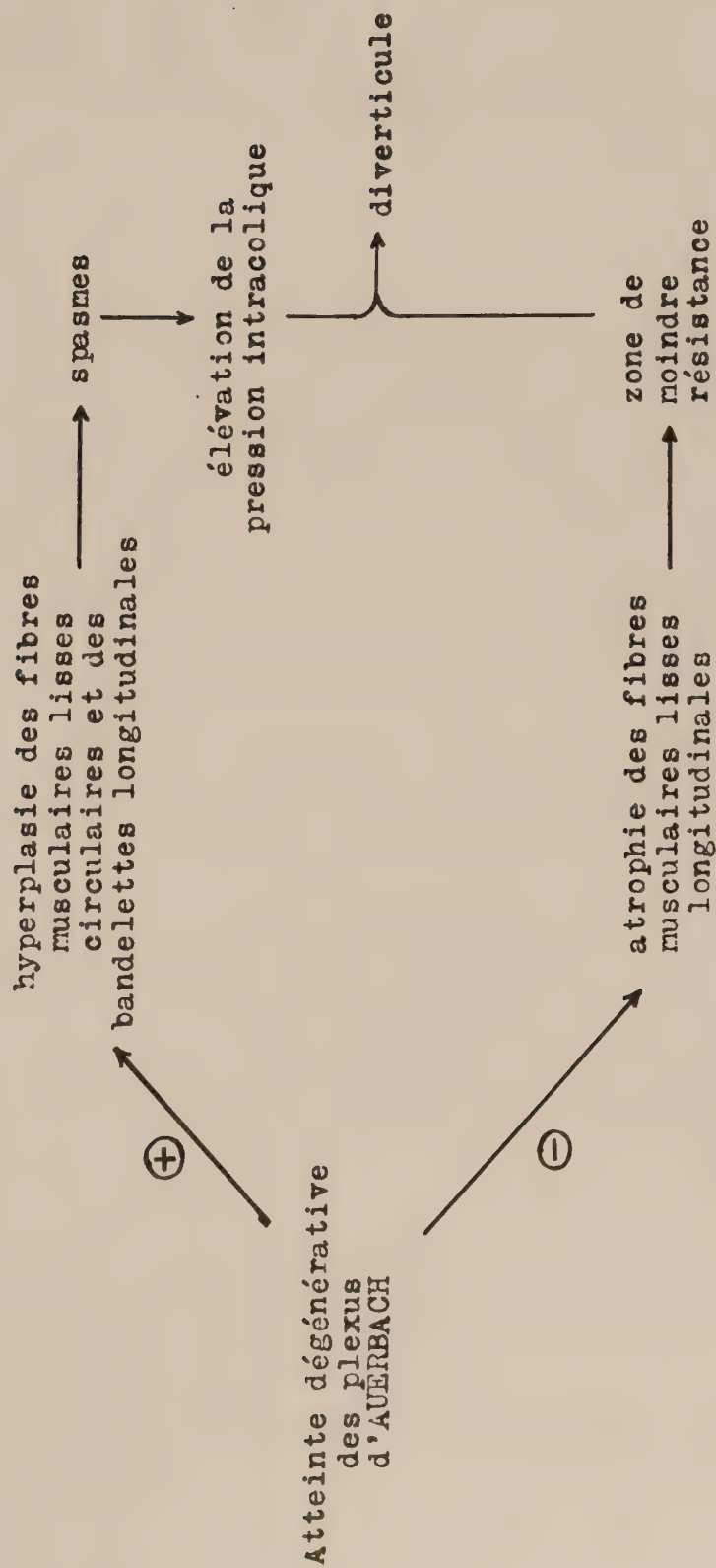
- régression scléroatrophique des points nodaux au niveau des fibres musculaires longitudinales.
- foyers hyperplasiques au niveau des fibres circulaires internes et des bandelettes longitudinales.

Ces altérations des plexus nerveux sont d'ailleurs contestés par MORSON qui n'y voit là qu'un arte-fact.

PAINTER étudiant l'action de la morphine sur le sigmoïde diverticulaire a montré que celle-ci augmentait les contractions intestinales, augmentait la pression intracolique, ce qui entraînait un accroissement de volume des diverticules.

Il n'est donc pas déraisonnable de concevoir une théorie pathogénique de la diverticulose, résumée dans le tableau N° VII. Celle-ci peut expliquer une tentative de traitement à visée

Essai d' explication pathogénique



pathogénique tel que l'a proposé REILLY.

Dernier point de l'examen histologique: ELLIS note que le diverticule s'il apparaît en un point de moindre résistance, correspond toujours au point de pénétration des vaisseaux intramuraux. On conçoit dans ce cas la fréquence relative des hémorragies dans les diverticuloses et diverticulites.

Quant au passage entre diverticulose et abcès diverticulaire, tous les auteurs sont d'accord sur le mécanisme résumé dans le tableau N° VIII.

Age et sexe

Si dans notre série nous trouvons une légère prédominance féminine (statistiquement non significative) PEYCELON (1970) et PARIS (1967) avaient une proportion égale d'hommes et de femmes et DEBRAY et HARDOUIN (1967) une prédominance masculine comme l'indique le tableau N° IX.

Nous constatons par ailleurs, en accord avec ces mêmes auteurs que la sigmoïdite survient un peu plus précocément chez l'homme que chez la femme (différence statistiquement très significative).

Enfin nous avons vu au tableau N° II que la répartition de nos malades par tranches d'âge étaient en accord avec celle d'autres auteurs.

Causes de mortalité et facteurs aggravants

Parmi les causes de mortalité et facteurs favorisants il nous a paru intéressant de rappeler une étude de CAPON & coll. sur les méthodes d'étude du risque chirurgical. Parmi les causes de mortalité on retrouve

la péritonite ou le lachage de suture dans 50% des cas.

l'infection pulmonaire dans 20% des cas

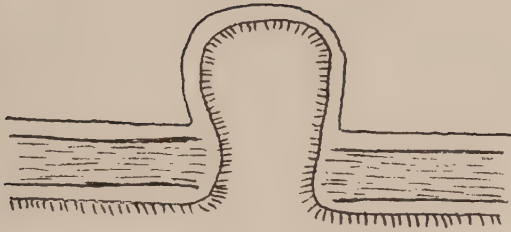
l'insuffisance cardiaque dans 11% des cas

l'insuffisance rénale dans 4% des cas

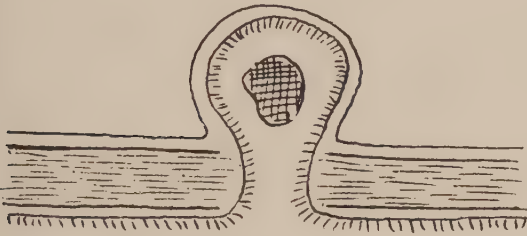
l'embolie pulmonaire, la septicémie, l'hémorragie digestive viennent ensuite.

Tableau n° VIII

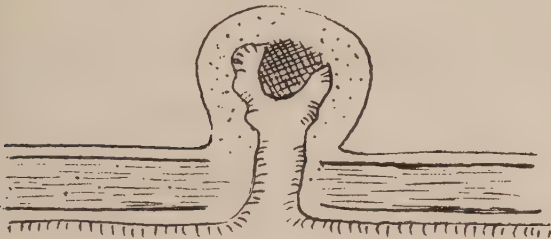
Evolution de la diverticulose en diverticulite



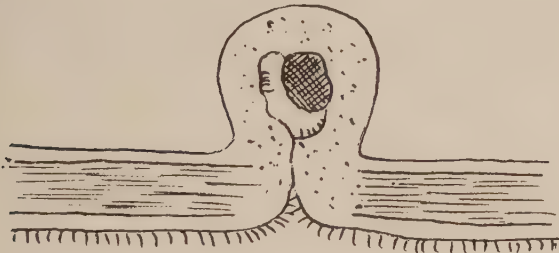
diverticule simple



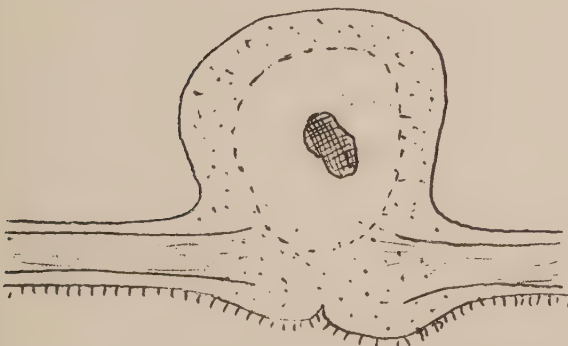
fécalome intra-diverticulaire
(l'absence de fibres musculaires au
niveau du diverticule empêche son
expulsion)



érosion de la muqueuse
oédème inflammatoire
innoculation de la sous-muqueuse



obturation du collet
pullulation microbienne en vase clos



abcédation du diverticule

(schémas établis d'après l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale :
Estomac & Intestin 9074 A 10 - J. Loygue et G. de la Vaissière)

Tableau n° IX

Répartition des malades selon le sexe

			<u>hommes</u>	<u>fermes</u>
J. PARIS	1967	135 cas	50 %	50 %
DEBRAY & HARDOUIN	1967	305 cas	55 %	45 %
PEYCELON	1970	45 cas	50 %	50 %
ARNALSTEEN	1972	37 cas	46 %	54 %

Ces mêmes auteurs remarquent sur des séries importantes ce que nous avons en partie évoqué avec nos 37 cas que la mortalité augmente

- avec l'âge, doublant tous les 10 ans à partir de 45 ans; c'est ainsi que l'arrêt cardiaque est 20 fois plus fréquent à 80 ans qu'à 20 ans.
- avec le retard porté au diagnostic
- avec la chirurgie en plusieurs temps; elle est de 25% pour les résections à froid en 1 temps et de 6% en 2 ou 3 temps.
- dans les formes aiguës: la mortalité est 4 fois plus élevée chez les sujets opérés en urgence.

Ils ont évalué le taux d'aggravation propre à quelques affections concomitantes à la sigmoïdite. C'est ainsi que l'insuffisance rénale et la cirrhose multiplient les risques par 8, la coronarite par 4, l'hypertension artérielle et l'insuffisance respiratoire par 3.

Notre attention a par ailleurs été attirée par la fréquence dans notre statistique de l'association sigmoïdite et traitement anti-inflammatoire. Peut-être est-il utile d'y revenir.

Comme médication anti-inflammatoire nous avons retenu

- les glucocorticoïdes naturels ou de synthèse ainsi que leurs dérivés méthylés, fluorés, etc.
- la phénylbutazone dont le mécanisme d'action est encore assez mal connu.
- les salicylés qui ont une action ACTH-like et dont le principal est l'acide acétylsalicylique (aspirine) ou qui, associé à d'autres substances, entre dans la composition de nombreuses préparations pharmaceutiques.

Rappelons brièvement

- que sur 37 malades observés 10 d'entre eux prenaient de tels médicaments soit 27%
- que pour 2 d'entre eux la complication de la sigmoïdite fut révélatrice de cette dernière et survint peu de temps après le début du traitement anti-inflammatoire.
- que pour 2 autres ce traitement à doses importantes était continu depuis de nombreuses années.

Si cette action toxique des anti-inflammatoires est bien connue au niveau de l'estomac elle semble l'être beaucoup moins au niveau du sigmoïde, puisque non signalée dans les principaux traités de pharmacologie tant français qu'étrangers.

Ch. DEBRAY, dans un article paru il y a quelques années, estimait exceptionnelles les complications des sigmoïdites en rapport avec les corticoïdes. Il écrivait dans la Semaine des Hôpitaux de Paris:

"On sait l'importance des phénomènes inflammatoires dont les diverticules sigmoïdiens sont le siège. Il n'est donc pas surprenant que la corticothérapie..... dont on connaît l'action suspensive sur les processus de défense, puisse déclencher une brutale aggravation des lésions préexistantes sur le sigmoïde. Ces accidents sont sévères comme le montrent les 2 observations mais paraissent heureusement exceptionnels:

obs.1 : Homme 52 ans, asthmatique. La corticothérapie supprime sa dyspnée mais fait apparaître des douleurs abdominales, une accentuation de la constipation, de la diarrhée, de la fièvre. Le L.B. révèle la sigmoïdite

obs.2 : Homme 63 ans, souffrant de la F.I.G, et étant fébrile il reçoit des antibiotiques et une corticothérapie. Aggravation brutale. Au L.B. sigmoïdite et fistulisation dans un abcès péri-sigmoïdien"

Il s'agit donc de 2 observations qui ressemblent en bien des points aux nôtres! Seule différence et combien importante c'est que ce sont les 2 seuls accidents retrouvés sur plusieurs centaines de sujets diverticulaires dont certains ont été soumis à un moment ou à un autre à une corticothérapie.

Ch. DEBRAY n'avait d'ailleurs retrouvé que quelques rares cas rapportés par PALMER (1955), ALLAMBRY (1957) et VIGNON (1959)

Depuis, LAFAURY et POUYET en ont signalé chacun un cas.

Sur le plan anatomopathologique il ne semble y avoir aucun caractère particulier dû aux corticoïdes.

Quant au diagnostic de la complication, Ch. DEBRAY le dit toujours facile. Il ne nous semble pas que cela soit constant.

Si nous reprenons l'observation N° 26, nous voyons que sont apparues successivement sous traitement corticoïdes : des douleurs abdominales vagues avec vomissements, diarrhée modérée et fièvre; le ventre est souple. 3 jours plus tard, on porte le diagnostic d'hépatite sur l'aspect clinique. Quelques jours plus tard les hémocultures révèlent une septicémie à proteus et à colibacille, tandis que les douleurs se localisent à la F.I.G. et qu'enfin le lavement baryté révèle la sigmoïdite. Le lendemain disparition de la fièvre et le surlendemain apparaît un ventre de bois! Depuis quand évoluait la péritonite?...

Nous ne pouvons reprendre ici toutes nos observations mais il nous est apparu que les médications anti-inflammatoires retenues

1°) masquaient la symptomatologie clinique et de ce fait retardaient le diagnostic.

2°) n'augmentaient pas la mortalité.

3°) favorisaient les perforations et les hémorragies.

Avec Ch. DEBRAY nous pensons donc qu'il faut redoubler de prudence dans la prescription de ces médicaments, d'y associer éventuellement des antiseptiques et des pansements intestinaux et de rechercher au préalable, grâce au lavement baryté et chez les sujets de 60 ans et plus, une diverticulose colique.

Dans un tout autre ordre d'idée enfin, un article de GRACE & coll.(1951), cité par MORSON a retenu notre attention. Ces auteurs pensent que certains états émotionnels peuvent avoir un effet stimulant sur le colon et une répercussion sur la diverticulose sigmoïdienne. Parallèlement nous avons noté dans notre série six malades traités pour troubles psychiques, parfois même en maison spécialisée; il s'agissait le plus souvent de troubles à type dépressif. Y a-t-il une relation entre diverticulose et psychisme? La diverticulose serait-elle une maladie psychosomatique? Il est certain qu'une de nos malades, enracinée dans sa maladie a continué à présenter une symptomatologie fonctionnelle après colectomie et qu'une laparotomie itérative a montré l'absence de substratum organique!

Tableau n° X

Fréquence des diverses complications

année	nombre de cas	péritonites aiguës	occlusions			fistules	formes pseudotumorales	hémorragies	cancer du sigmoïde associé	divers
HENRY & EDELMANN 1962	403	27 %	4,5 %	0,2 %	4,3 %	13 %	24 %	4,5 %	6,5 %	21 %
BERTRAND & CHRETIEN 1964	265								5,6 %	
EVARD 1965	37	29 %		2,5 %				10 %		
EDELMANN 1967	35	32 %	3 %			11 %	6 %	26 %	11 %	
LARRIERU 1967	74	33 %	6 %			12 %	20 %	8 %		
LOYGUE 1967	48	9 %	10 %			30 %		6 %		21 %
PROYE & VAN KEMMEL 1967	52	20 %		4 %		27 %	33 %	11 %		
COLCOCK 1968	163	18 %	10 %			14 %		5 %	9 %	44 %
PEYCELON & CORREAUD 1970	45	50 %					33 %			17 %
ARNALSTEEN 1972	37	33 %	16 %	7 %	9 %	20 %	16 %	13 %	2 %	

Remarques relatives au tableau n° X

- 1ère remarque : EVRARD inclut dans sa statistique 30 % de formes non compliquées, et COLCOCK 45 %.
- 2ème remarque : les différences de pourcentage peuvent en partie s'expliquer par des recrutements différents des malades : service spécialisé en chirurgie digestive prenant ceux-ci sur rendez-vous et récupérant souvent les échecs des autres, ou service de chirurgie générale prenant le tout-venant et accueillant plutôt les complications aiguës.
- 3ème remarque : les pourcentages donnés sont établis par rapport au nombre total des complications; celui-ci est parfois plus important que celui des malades, certains en faisant plusieurs.

Etude des complications de la sigmoïdite

La fréquence des complications des sigmoïdites est difficile à évaluer étant donné qu'il existe assez peu de séries semblables, homogènes et suffisamment importantes pour être statistiquement valables. Le tableau N° X nous en donne un aperçu.

Par ailleurs CAPON & coll. sur 2.197 cas de diverticulose observe 8% de perforations

4% de fistules

la mortalité globale fut de 6,5% (diverticuloses simples et sigmoïdites compliquées). Elle fut de

11% en cas d'abcès

20% en cas d'hémorragie

27% en cas de perforation.

Nous allons maintenant étudier quelques unes de ces complications.

Les péritonites aiguës généralisées

ne nous retiendrons pas beaucoup. Il est inutile de souligner leur gravité bien connue puisque la mortalité fut de

63% pour EVRARD & coll. sur 11 cas

54% pour EDELMANN sur 11 cas

près de 50% dans notre série

30% pour NARDI

27% pour WATKINS et OLIVER qui en colligèrent 147 cas. Il faut cependant noter une amélioration puisque il y a 30 ans, BERNE et PATTISON (cité par WATKINS) sur 23 cas avaient déploré 23 décès!

Pour améliorer encore ces résultats, il faut tenter de porter un diagnostic plus précocement, ce qui n'est pas toujours aisé, comme le soulignent de nombreux auteurs:

LARRIEU et FOURQUET sur 14 cas rectifièrent leur diagnostic 2 fois en post mortem, 7 fois en per-opératoire, le malade étant opéré avec le diagnostic d'appendicite (4 fois), d'occlusion du grêle (1 fois), de péritonite de cause inconnue (2 fois)

BARABAS souligne la fréquence des signes douloureux au niveau de la fosse iliaque droite ou du rectum (irritation du DOUGLAS et

contracture des muscles pelviens?).

EDELMAN, LOYGUE et GERMAIN au 73e congrès français de Chirurgie pensent qu'il faut considérer comme péritonite tout phénomène occlusif associé à des signes inflammatoires même discrets et opérer sans tarder. Ils rappellent en particulier qu'il faut rechercher sur les radiographies d'abdomen sans préparation un épaississement des parois intestinales, un petit épanchement péritonéal qui sont autant de signes d'inflammation du péritoine.

Enfin, il ne faut pas compter sur le pneumopéritoine pour faire le diagnostic de perforation; il est classiquement rare; EDELMANN l'a trouvé 2 fois chez 11 malades; nous l'avons noté 6 fois sur 15 péritonites.

Le problème thérapeutique sera étudié plus loin.

En ce qui concerne les occlusions

dans leur rapport EDELMANN et HENRY soulignaient le caractère exceptionnel des occlusions mécaniques du grêle (1 cas sur 403 observations colligées. Nous en rapportons ici 3 cas authentiques; il s'agissait d'une ou plusieurs anses grêles qui collaient sur un abcès péri-sigmoïdien; 2 fois une entérotomie de vidange fut nécessaire!

Quant au pronostic immédiat des occlusions, il est, lui aussi, mauvais (42% dans notre série). GREENE reprenant 300 cas d'occlusion de sujets âgés (> 65 ans) trouvait une mortalité globale de 30%. La sigmoïdite n'était d'ailleurs dans cette statistique responsable que de 5% des occlusions!

Dans le cadre des fistules sigmoïdiennes

bien particulier apparaît notre cas de fistulisation dans la gaine du psoas avec présence d'un abcès en bissac au niveau de l'arcade crurale. HENRY et EDELMANN dans leur rapport ne signalent pas ce genre de fistule, tout au plus évoquent-ils la possibilité, probablement très rare, de migration d'abcès pérисigmoïdien vers le périnée, la région inguinale gauche ou la fesse. Nous avons cependant retrouvé un cas un peu semblable publié il y a quelques années dans le "New England Journal of Medicine". Il s'agissait

d'un sujet de 60 ans, diabétique, éthylique, qui consulta pour un abcès de la cuisse gauche. L'examen radiologique sans préparation révéla la présence de gaz dans les masses musculaires de la cuisse. L'examen clinique retrouva une masse douloureuse dans la F.I.G. Le malade mourut malheureusement quelques jours plus tard du fait d'un état septicémique, de complications de son diabète et d'insuffisance rénale. L'autopsie révéla qu'il était porteur d'une sigmoïdite diverticulaire communiquant par l'intermédiaire d'un abcès pérисigmoïdien avec la gaine du psoas, ce qui pouvait expliquer la présence de gaz au niveau de la cuisse.

Notre observation N° 14 a donc un intérêt de par son caractère exceptionnel d'une part, puisque nous n'avons retrouvé qu'un autre cas publié, et pour son iconographie d'autre part: Opacification de la gaine du psoas au lavement baryté!

Dans notre série de 37 malades nous retrouvons 6 fois une complication hémorragique. Elle ne nécessita jamais de thérapeutique en urgence:

deux fois ce fut le seul signe d'appel de la diverticulose

deux fois ce fut un signe accessoire et souvent tardif au cours de l'évolution de la sigmoïdite.

deux fois il s'agit d'hémorragie dans les suites d'une colostomie.

HENRY et EDELMANN pensent que l'hémorragie discrète et épiphénomène est presque aussi fréquente que dans les cancers= 20 à 30% des cas. Les hémorragies massives du fait de leur abondance ou de leur répétition sont par contre exceptionnelles = 3 cas sur les 403 observations colligées soit 0,7%. Ces hémorragies massives ne surviendraient jamais au cours de diverticulites compliquées mais plutôt dans les diverticuloses à nombre élevé de diverticules. Enfin pour ces mêmes auteurs, l'hémorragie ne serait le signe premier et révélateur d'une sigmoïdite que dans 5% des cas (17 cas sur 403).

En colligeant les 375 observations de sigmoïdites compliquées des participants du colloque Paris-Lille de 1967 on retrouve 33 cas d'hémorragies soit 9%.

OSLEN sur 13 cas d'hémorragies graves remarque que tous les sujets étaient âgés de plus de 40 ans. Il estime leur fréquence à 2 à 6% des diverticuloses.

L'hémorragie peut-être du sang rouge ou brun par l'anوس, ou la colostomie si celle-ci a déjà été pratiquée. Son abondance est très variable et elle est souvent capricieuse. KLEIN et GALLAGHER considèrent comme hémorragie massive une hémorragie qui nécessite pour maintenir stable la T.A. du sujet une transfusion de plus de 3 flacons de sang par jour, ou de plus de 3 litres en plusieurs jours. De telles hémorragies requièrent une intervention chirurgicale en urgence.

Pour EDELMANN et DUMAS, doit être considérée comme grave une hémorragie entraînant une anémie inférieure à 2.500.000 G.R (Coll. Lille-Paris)

Le problème de diagnostic étiologique d'une telle hémorragie est souvent délicat. On ne peut rattacher l'hémorragie à une diverticulose qu'après avoir:

- 1°) éliminé toutes les autres causes de saignement.
- 2°) fait la preuve de la diverticulose si celle-ci n'était pas connue.

Il faut- éliminer l'ulcère gastroduodénal
les varices oesophagiennes
par l'aspiration gastrique,
voire le transit gastroduodénal et la fibroscopie.

- éliminer une cause basse d'hémorragie:
 - hémorroïdes par l'anuscopie
 - tumeurs coliques bénignes ou malignes (polypes, tumeur villeuse, épithélioma, sarcome, etc) par la rectosigmoïdoscopie et le lavement baryté, qui pourra révéler l'existence d'une diverticulose.
- éliminer un trouble de la crase sanguine.
- éliminer une hémorragie ayant sa source au niveau du grêle sera plus délicate et nécessitera le recours au transit du grêle ou à l'artériographie, en fait rarement pratiquée en raison du mauvais état général du sujet.

Sur nos 6 cas il y a lieu de remarquer que:

- chez un malade on découvrit ultérieurement un petit cancer rectosigmoïdien. Sa responsabilité semble peu probable.
- deux malades prenaient des anti-inflammatoires.
- une malade était porteuse d'une hernie hiatale opérée plusieurs années auparavant.

PROYE et VANKEMMEL, étudiant 87 dossiers de sigmoïdites dont 55 compliquées retrouvent 6 hémorragies. Un examen approfondi de ces 6 malades montra l'association d'une diverticulose avec:

- un ulcère du bulbe = 1 cas de méléna
 - des hémorroïdes = 3 cas de rectorragies
 - une hernie hiatale = 1 cas de méléna associé à des rectorragies
- C'est dire le doute qui plane sur l'origine exacte de ces hémorragies! Toutes guérissent d'ailleurs avec un traitement médical.

Devant une hémorragie massive, qui se répète et qui ne fait pas sa preuve en dernier recours il reste donc l'intervention exploratrice (EVRARD, ALEXANDRE, SIMON, LARRIEU).

Sur le plan thérapeutique il faut souligner que les hémorragies de faible abondance, de loin les plus nombreuses, guérissent généralement spontanément. Rares sont donc celles qui requièrent une thérapeutique chirurgicale:

- EVRARD & coll.intervint 1 fois sur une série de 4 hémorragies et encore était-ce la 4ème récurrence hémorragique en 1 an!

- LARRIEU: une intervention (colectomie idéale) sur 6 cas d'hémorragie sur diverticulose.

- LOYGUE convient également de la rareté des indications due à la rareté des hémorragies importantes réellement dues à une diverticulose

- LAGACHE, tout en convenant du caractère exceptionnel du traitement chirurgical en urgence, fait remarquer qu'il peut être indiqué en cas d'hémorragies répétées, de peur de méconnaître un cancer associé. Notre observation N° 15 ne fait malheureusement qu'illustrer cet argument car notre malade n'eut pas de colectomie segmentaire et le cancer fut découvert à l'autopsie!

Quant aux méthodes chirurgicales employées

- sur 12 cas KLEIN et GALLAGHER ont pratiqué:

6 colectomies totales avec anastomose iléorectale, sans déplorer de décès ni récurrence.

6 colectomies segmentaires (5 hémicolectomies gauches et 1 hémicolectomie droite); ils déplorèrent 4 récurrences hémorragiques dont l'une entraîna la mort du sujet et dont les 3 autres nécessitèrent une colectomie complémentaire.

- OSLEN sur 13 cas pratiqua 13 colectomies totales

- avec 3 décès (lavage, infarctus mésentérique, embolie pulmonaire)

- et 10 succès dont 1 iléostomie définitive et 9 anastomoses iléorectales.

Il préfère pratiquer une colectomie totale plutôt que de rechercher la zone qui saigne par de courtes colotomies exploratrices, cette zone n'étant pas forcément unique!

A partir du moment où on a pu faire la preuve de la relation entre l'hémorragie et la diverticulose, il ne semble pas faire de doute que la colectomie totale soit la seule intervention valable car:

1°) On ne peut pas toujours déterminer le siège exact de l'hémorragie.

2°) Être certain qu'il soit unique.

3°) Risquer la récurrence, ces hémorragies surviennent généralement sur des diverticuloses étendues!

Enfin l'examen anatomopathologique qui suivra l'exérèse de la pièce permettra de montrer le mécanisme de l'hémorragie =

Ulcération du collet du diverticule

Invagination du diverticule

Infarctissement du diverticule

Diverticulite ayant érodé un vaisseau

mais dans 1/3 des cas tumeur bénigne passée inaperçue (HENRY et EDELMANN) = polype ou tumeur villeuse, parfois en voie de dégénérescence.

Dans les formes chroniques pseudotumorales,

comme beaucoup d'auteurs l'ont déjà souligné, il est souvent difficile de trancher entre sigmoïdite et cancer: plus d'une fois sur 2 nous avons posé le diagnostic de cancer et ce fut l'examen histologique qui permit d'affirmer la bénignité des lésions. C'est dire la minutie avec laquelle il faut pratiquer et lire le lavement baryté, après excellente préparation régime sans résidu, huile de paraffine plus que lavements évacuateurs qui oedématient la muqueuse, et au

besoin après un bref traitement d'épreuve antibiotique et anti-inflammatoire = présence de diverticules en amont et surtout en aval de la sténose, longueur de celle-ci et raccordement progressif avec le colon sain, aspect spastique du colon d'amont, conservation du liseré muqueux de sécurité sont autant de signes en faveur de la sigmoïdite diverticulaire.

Sur le plan thérapeutique, peu de problèmes se posent puisqu'il s'agit d'une colectomie segmentaire à froid sur colon préparé, en un temps, dont la mortalité est faible. On peut cependant se poser la question, dans un certain nombre de cas, de savoir s'il faut faire une colectomie segmentaire ou une hémicolectomie gauche plus satisfaisante, théoriquement, sur le plan carcinologique, lorsque le doute subsiste.

Il nous faut enfin rappeler la nécessité de réexaminer cliniquement et radiologiquement certains malades colostomisés en urgence pour une "tumeur" du sigmoïde dont on n'a pas d'examen histologique. Un certain nombre d'entre eux trop hâtivement "condamnés" sont restés porteurs d'une colostomie "palliative" en attendant, souvent plusieurs années, non pas une mort prochaine, mais qu'un autre chirurgien porte un diagnostic de sigmoïdite pseudotumorale, enlève les lésions refroidies et rétablisse la continuité!

Problèmes thérapeutiques

Sur le plan thérapeutique nous n'étudierons que quelques problèmes d'actualité, essentiellement en ce qui concerne la conduite à tenir en présence de complications aiguës: péritonites ou occlusions.

En préambule nous rappellerons brièvement les résultats d'une enquête faite par NARDI et BENHAMOU en 1970 auprès de 60 chirurgiens (33 réponses valables) mis en présence d'une péritonite par sigmoïdite:

- Tous sont d'accord sur la nécessité de drainer, non pas que le péritoine soit incapable de se défendre seul mais parce qu'il subsiste soit des lésions inflammatoires sigmoïdiennes, soit des décollements plus ou moins infectés.
- Deux tiers croient à la toilette péritonéale avec ou sans antibiotiques locaux.
- Plus de la moitié pensent qu'il est nécessaire de suturer la perforation colique et certains le font sans dérivation d'amont.
- Un tiers est favorable à l'exclusion du foyer de sigmoïdite, à son drainage et à la colostomie d'amont.
- Un quart enfin fait de principe une résection en urgence.

Si cette enquête reste très subjective elle montre l'opposition qui persiste, parfois assez violente, entre partisans de la résection d'emblée et partisans du drainage-exclusion-dérivation en urgence.

1er problème: résection ou dérivation en urgence:

Pour notre série il nous semble difficile de prendre position, le nombre de malades observés étant trop faible pour une étude statistiquement valable et la mortalité étant par ailleurs sensiblement égale. Il semble cependant que la résection en urgence est grevée d'une morbidité importante nécessitant des actes chirurgicaux ultérieurs; on en revient donc à une chirurgie en plusieurs temps! Voyons cependant quelques travaux français ou étrangers sur ce point.

RYAN, en 1958 fut l'un des premiers à préconiser la résection sigmoïdienne en urgence avec anastomose dans le même temps. Il s'appuyait sur des faits cliniques (4 résections réussies sans décès) et des arguments plus théoriques:

- nécessité et succès de résections pratiquées en urgence pour des cancers coliques.

- valeur incertaine de la colostomie, celle-ci ne pouvant guérir le diverticule. L'appendice, qui est capable de se vider par lui-même grâce à des contractions, s'enflamme quand sa lumière s'obstrue et on l'enlève. A plus forte raison faut-il donc enlever des diverticules qui ne possèdent pas de fibres musculaires contractiles, dans lesquels stagnent des matières fécales et qui s'enflamment!

WATKINS et OLIVER colligeant 147 cas de sigmoïdites diverticulaires perforées avec péritonite aiguë généralisée arrivent aux résultats suivants:

suture + drainage	19 cas	10 décès	52 %
suture+ drainage +colostomie	58 cas	21 décès	36 %
résection en urgence	49 cas	4 décès	8 %
extériorisation des lésions	18 cas	1 décès	6 %

PEYCELON et COURREAUD sur 26 sigmoïdites compliquées à forme aiguë (péritonite généralisée, cloisonnée ou tumeur inflammatoire aiguë)^{ont} obtenu 24% de mortalité globale qui se décompose ainsi:

	Péritonite généralisée	forme localisée
résection en urgence	17 % de mortalité	40 % mortalité
drainage et dérivation	40 % de mortalité	14 % mortalité

CAPON, HAXHE et Coll, estiment que pour les interventions pratiquées en urgence la mortalité est de

25 % pour la colostomie avec drainage
6 % pour la résection.

De nombreux autres auteurs tels que MADDEN, GREGG, FRANCILLON, BONJEAN, POUYET pronent la résection en urgence.

A l'opposé PARKS et CONNELL sur 14 résections en urgence eurent à déplorer 2 décès, 2 fistules qui nécessitèrent des interventions ultérieures, 2 thromboses veineuses graves avec embolie et considèrent ces résultats comme peu encourageants, d'autant qu'ils n'ont que 7% de mortalité avec le drainage + dérivation!

BARABAS sur 36 péritonites par perforation sigmoïdienne a fait une résection (1 décès) et 35 dérivation+ drainage (2 décès). Il pense obtenir d'aussi bons résultats sans réséquer en urgence.

REILLY en présence d'une péritonite préfère drainer et dériver les matières. Il n'est pas certain que la résection soit toujours nécessaire et espère qu'après mise au repos les lésions seront mieux limitées.

EVRARD et Coll, SAUBIER et d'autres auteurs pensent que la résection en urgence est trop choquante ou insuffisante, qu'une chirurgie à étapes plus ancienne et moins audacieuse est plus sûre.

Il y a lieu ici de considérer trois points dans ce débat:

- premièrement les partisans de la colectomie en urgence, s'ils en élargissent les indications ne l'appliquent probablement pas comme l'écrit RYAN, aux moribonds et aux très mauvais cas, ce qui peut expliquer la plus haute mortalité de leur drainage-exclusion-colostomie. Une étude pour être valable nécessiterait un tirage au sort des malades!

- deuxièmement nous pensons que le problème ne devrait être résolu qu'a ventre ouvert et qu'il y a lieu de tenir compte de la mobilité de l'anse sigmoïdienne. Une anse mobile invite à la résection d'emblée, une anse fixée par une mésosigmoïdite rétractile à la résection après refroidissement des lésions, soit 6 semaines à 3 mois plus tard. S'il nous semble plus satisfaisant pour l'esprit de traiter à la fois les effets et la cause, il nous semble que c'est faire prendre des risques inutiles aux malades que de pratiquer de grands décollements

et d'ouvrir à l'infection les espaces cellulux rétropéritonéaux!

- Enfin si certains défenseurs de la colectomie d'emblée font le rétablissement de la continuité immédiatement et sans dérivation d'amont, d'autres préfèrent jouer la sécurité en protégeant leur anastomose par une colostomie, secondairement refermée.

2ème problème: la dérivation est-elle efficace?

Pour notre série il faut remarquer que la dérivation des matières fut efficace dans plus de la moitié des cas qui survécurent à ce premier temps (tableau N° XI) au point que 2 malades chez qui on ne retrouva aucune lésion, ne subirent pas de résection! Cependant un malade colostomisé développa néanmoins une fistule sigmoïdopariétale!

Pour CARCASSONNE, cité par HENRY et EDELMANN la dérivation prolongée 6 mois à 1 an, suffit à guérir 70 % des lésions. A l'opposé LOYGUE sur 19 colostomies ne note d'amélioration de la sigmoïdite que pour 3 cas!

Tout en affirmant son efficacité dans bien des cas nous ne saurions cependant pas nous en contenter et pensons que c'est une faute que de laisser en place un sigmoïde diverticulaire même s'il n'existe plus de lésion inflammatoire.

3ème problème: Quel type de dérivation adopter?

L'anus transverse nous semble de réalisation plus facile quand l'anse sigmoïde est courte, le mésosigmoïde très rétracté. Il permet de réaliser la résection et l'anastomose sous couvert d'une dérivation; il entraîne dans ce cas une chirurgie en 3 temps, peu moderne.

L'anus iliaque est de réalisation parfois plus difficile si l'anse sigmoïde est fixée; si elle ne l'était pas, la résection serait sans doute possible. Son intérêt est de disparaître avec la pièce lors de la résection.

Enfin la caecostomie, bien que dérivant mal les matières nous a cependant donné un résultat intéressant puisqu'elle

Tableau n° XI

Efficacité de la dérivation sur les lésions inflammatoires

observation n°	durée de la dérivation	lésions constatées lors de la réintervention	résection effectuée lors de la réintervention
3	4 mois	+++	oui
5	1 mois	0	non - guérison(4 ans)
7	1,5 mois	+ -	oui
14	6 mois	0	non - récidence(2 ans)
19	4 mois	+++	oui
21	2 mois	+++	oui
26	4 mois	+++	oui
29	4 mois	+ -	oui
30	4 mois	0	oui

a fait disparaître les lésions dans un cas (obs 5)

WESTDAHL et RUSSEL reprenant 93 caecostomies pratiquées en urgence pour des occlusions aiguës du colon gauche obtiennent une mortalité de 21% chez des sujets dépassant généralement 75 ans, et encore aucune mort ne peut être impliquée directement à la caecostomie. Il s'agit d'une méthode rapide, pouvant être faite sous anesthésie locale, et sûre puisqu'elle ne donna aucune péritonite. Elle se referme généralement spontanément en une vingtaine de jours ne nécessitant pas de réintervention. Peut-être ne mérite-t-elle pas l'oubli et le dédain dont elle fait actuellement l'objet? Ne pourrait-elle pas suffire également comme sécurité après résection et anastomose?

4ème problème: La suture d'une perforation est-elle utile?

Elle n'a à nos yeux aucun intérêt. Chaque fois qu'elle fut pratiquée le malade mourut. Outre sa difficulté technique en tissu inflammatoire et infecté, elle allonge le temps opératoire sans aucunement traiter la lésion causale.

5ème problème: Que faire en cas de résection?

Il nous semble inconcevable de faire une colectomie segmentaire idéale en urgence, en milieu hyperseptique; les observations 22 et 35 en sont un triste exemple.

L'opération de HARTMANN nous semble un pis-aller puisque pratiquée 3 fois il y eut 1 décès et les 2 malades qui survécurent n'eurent jamais de rétablissement de la continuité.

Si les conditions semblent satisfaisantes pour pratiquer une résection avec anastomose immédiate il apparaît donc prudent de la protéger par une dérivation, surtout lorsqu'elle est basse, au niveau de la jonction rectosigmoïdienne ou s'il existe d'importantes surfaces dépéritonisées.

GARNJOBST et HARDWICK à propos de 98 cas de résections sigmoïdiennes pour diverticulose dont 1/4 faites en urgence préconisent une suture en 2 plans avec drainage aspiratif des

espaces décollés; la plupart des anastomoses étaient protégées par une dérivation (caecostomie ou colostomie); il y eut 2 décès, 2 lâchages et 8 fuites asymptomatiques. Personnellement nous avons réalisé une fois une anastomose en 2 plans avec un bon résultat.

6ème problème : Que faire en cas de fistule?

La résection sigmoïdienne semble impérative; chaque fois qu'elle n'eut pas lieu (résection simple de la fistule -obs 1 et 15, drainage d'un abcès -obs 19 et 35) il y eut récurrence.

7ème problème : Longueur de la résection?

Un autre problème que nous ne ferons qu'évoquer ici est celui de la longueur de la résection colique. Si on relit la littérature à ce sujet et en particulier les compte-rendus opératoires, on s'aperçoit qu'il est possible de pratiquer:

- une résection limitée du colon porteur de la lésion
- une colectomie segmentaire, enlevant généralement peu de méso, cette intervention n'étant pas à visée carcinologique.
- une colectomie gauche avec anastomose transversale
- une colectomie totale.

Ce problème se pose dans différentes circonstances:

- en urgence une résection limitée, voire segmentaire peut seule se concevoir. Sur 2 résections en urgence avec anastomose, l'une d'elle dû être reprise car il persistait des lésions en amont et en aval, responsables d'un lâchage d'anastomose.
- quelle attitude avoir s'il existe des diverticules sur le colon en dehors du sigmoïde, en particulier au niveau du colon descendant (22% des malades) ou du caecum (4% des malades d'après PAULINO)? La plupart des auteurs pratiquent une colectomie segmentaire. C'est probablement dans ces cas que se voient les quelques récurrences évaluées à 10 à 15% par LEVY et coll., à 5% par BOYDEN avec un recul de 1 à 16 ans. LARRIEU rapportait au Colloque Paris Lille de 1967, un cas tragique où un malade subit une colectomie

segmentaire pour péritonite par perforation diverticulaire. 10 jours plus tard se perfore un diverticule de l'angle gauche et le sujet en meurt! GARBAY et BOUCHARD en signalait un cas identique avec décès de la patiente! Il est donc bien difficile de prendre position. La colectomie gauche ne peut cependant pas être, a priori, rejetée dans ces cas!

Pour un traitement précoce et préventif de la sigmoïdite

Au terme de cette étude il nous faut encore confronter quelques chiffres et quelques évidences:

1°) la différence de mortalité entre

les complications aiguës (50% pour nous, 40% pour LARRIEU, 23% pour HOUDARD, etc)

les complications chroniques (0 à 22% pour nous, selon le type de complication, 9% pour HOUDARD)

les colectomies segmentaires à froid inférieure à 1% (NARDI)

2°) A la suite des travaux de HENRY et EDELMANN, MOSELEY et ROSS et d'autres, on sait que:

20% des diverticuloses asymptomatiques se transforment en diverticulite

25% de ces dernières guérissent, ou plutôt se stabilisent sans traitement médical.

25% se compliquent d'emblée

50% guérissent, puis récidivent et finissent par se compliquer pour une bonne part.

3°) Il faut se souvenir que:

- la complication n'est inaugurale et révélatrice de la diverticulite que dans 30 à 50% des cas, 42% des cas pour PROYE et VAN KEMMEL sur 52 cas; dans notre série 12 malades étaient traités et 3 d'entre eux moururent de leur complication; 6 autres étaient des constipés chroniques non explorés et mal traités!

- la maladie était connue depuis plus d'un an pour la moitié d'entre eux (PROYE et VAN KEMMEL), parfois depuis 15 ans,

pour quelques cas exceptionnels, depuis 2 ans et demi en moyenne pour nos malades.

4°) Il y a lieu de considérer l'invalidité due à la sigmoïdite, maladie pourtant bénigne, et que nous avons chiffrée par la durée moyenne d'évolution de la maladie: 1 an et 5 mois la durée moyenne d'évolution de la maladie entre la 1ère complication et la guérison : 8 mois

La durée moyenne d'hospitalisation : 2 mois et demi.

Et nous ne parlerons pas de l'astreinte imposée au malade parfois pendant de longues années par le traitement médical et le régime alimentaire!

5°) Nous citerons enfin les travaux d'auteurs qui comparent les résultats des traitements médicaux et chirurgicaux (tableau XII) La différence n'est donc pas très significative surtout si l'on admet que seuls les malades les plus graves ont été adressés au chirurgien.

N'est-il pas alors logique de proposer à la suite de NARDI et BENHAMOU un traitement préventif. Si la colectomie segmentaire à froid donne moins de 1% de mortalité pourquoi traiter médicalement ces sujets et risquer 3 à 6% de mortalité?

Que faut-il alors préconiser comme conduite à tenir?

- Le traitement médical, ne peut faire disparaître le diverticule qui est l'élément anatomique de la maladie. Nous le réserverons donc aux malades présentant une contre-indication chirurgicale majeure, au sujets âgés porteurs d'une forme mineure, et au refroidissement des lésions en période pré-opératoire.

- La résection-ligature des diverticules est à notre avis à proscrire car si elle traite la lésion anatomique elle en méconnaît l'étiologie et laisse en place un sigmoïde malade à la musculature déficiente.

- Certains auteurs ont donc recherché un traitement à visée physiopathologique et ont proposé de traiter la diverticulose colique par myotonie longitudinale extramuqueuse, ce qui diminuerait

Tableau n° XII

Valeur comparée du traitement médical et du traitement chirurgical

Travaux de PARKS & CONNELL : 455 cas de diverticulites,
mais seulement 340 dossiers
utilisables.

traitement médical : 2/3 des malades 3 % de mortalité
traitement chirurgical : 1/3 des malades 13 % de mortalité

	résultats			
	excellants	bons	médiocres	décès par sigmoïdite
T. médical	56 %	35 %	5 %	3 %
T. chirurgical	58 %	26 %	2 %	13 %

Travaux de MOSELEY & ROSS : 154 cas de diverticulites

traitement médical : 2/3 des malades 5 % de mortalité
traitement chirurgical : 1/3 des malades 10 % de mortalité

	résultats				récidives
	excellants	bons	médiocres	décès par sigmoïdite	
T. chirurgical	75 %	11 %	2 %	10 %	2 %

causes des décès sous traitement médical:

- I péritonite par perforation sur terrain cirrhotique
- I péritonite par perforation lors d' un lavement baryté
- I fistule vésicale
- 2 hémorragies

l'hyperpression intrasigmoïdienne, en partie responsable du diverticule.

Cette méthode, relativement récente ne peut s'appliquer qu'à un stade de diverticulose. On en arrive alors à en exagérer considérablement les indications. Vu le nombre de sujets à traiter la mortalité absolue risquerait de ne pas être négligeable même si la mortalité relative en est infime. D'autre part elle n'a pas assez de recul pour qu'on puisse juger ses résultats à long terme et le risque de récurrence et de complications.

- Il semble donc qu'actuellement la seule méthode valable soit la résection sigmoïdienne, faite à froid, en un temps sur un colon bien préparé. Quand est-elle indiquée? S'il est impensable de traiter toutes les diverticuloses (26% de la population en serait atteinte après 60 ans et 40% après 70 ans). Il semble par contre utile de les surveiller médicalement et d'intervenir lorsqu'apparaît la diverticulite marquée par l'association: douleurs de la F.I.G., petits troubles du transit à type de diarrhée ou de subocclusion, légère défense de la F.I.G; perception d'un boudin sigmoïdien douloureux, élévation thermique à 38° C ou au dessus et hyperleucocytose supérieure à 10.000 avec un lavement baryté, pratiqué avec prudence et en dehors de la crise, non pas tant la présence de diverticules que des signes d'intolérance sigmoïdienne et d'inflammation diverticulaire.

Nous avons vu précédemment que 30 à 60% des malades présentant une complication avaient déjà eu des signes avant-coureurs la moitié de ceux-ci depuis moins d'un an, il semble donc que la colectomie segmentaire soit indiquée assez précocement après la première poussée, à savoir dans un délai de 2 à 3 mois, ce délai correspond d'ailleurs au maximum qu'on puisse attendre du traitement médical.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude portant sur 37 cas de sigmoïdites compliquées, observées pour la plupart dans les services de nos maîtres, le Professeur G. CERBONNET et le Docteur C. ROUVILLOIS, et après comparaison avec ce qui a pu être écrit ou dit à ce sujet, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes:

1°) La sigmoïdite diverticulaire est une affection qui semble de plus en plus fréquente, principalement dans nos pays et chez le vieillard, l'homme étant souvent atteint un peu plus précocement que la femme.

2°) Il s'agit d'une affection grave qui, lorsqu'elle se complique de péritonite aiguë ou d'occlusion entraîne la mort d'un malade sur deux, qui, lorsqu'elle guérit entraîne une lourde morbidité, qui enfin est responsable d'une invalidité temporaire de plusieurs mois, et parfois définitive.

3°) C'est une affection à laquelle on ne pense peut-être pas assez souvent en présence de troubles colitiques bien banaux au départ. Ceux-ci précèdent les complications dans 40 à 60% des cas, et parfois de plusieurs années!

4°) Notre attention a par ailleurs été attirée par l'influence néfaste des anti-inflammatoires, dont la prescription est de plus en plus fréquente et souvent abusive. Ce point est à souligner car il semblait peu connu jusqu'ici et il nécessiterait une plus grande prudence dans la prescription de tels traitements chez le vieillard au colon souvent diverticulaire ou chez tout sujet au passé colitique.

5°) Sur le plan thérapeutique, le choix entre résection et dérivation en urgence, en présence d'une complication, reste difficile. Nous pensons cependant qu'il est dangereux de pratiquer sur un colon non préparé et dans le pus une anastomose, si celle-ci n'est pas protégée par une dérivation d'amont. Cette restriction étant faite, l'indication de l'une ou l'autre méthode ne sera posée qu'à ventre ouvert en fonction des lésions rencontrées, des contraintes anatomiques sur la mobilisation du sigmoïde et de son méso, et de l'état général du malade.

6°) Si, à notre avis, toute attitude systématique ne peut-être que mauvaise et dangereuse en urgence, il est bien certain que si elle n'a pas été faite d'emblée, la résection sigmoïdienne devra toujours être pratiquée par la suite; elle s'impose également dans les formes subaiguës et chroniques. C'est la seule méthode actuellement valable pour traiter réellement les sigmoïdites compliquées.

7°) Il nous semble enfin très utile de préconiser un traitement chirurgical précoce et préventif avant toute complication, lorsque la sigmoïdite commence à se manifester. Celui-ci est possible grâce aux progrès de la géronto-chirurgie et de l'anesthésie-réanimation, et moins meurtrier que les péritonites et occlusions. C'est, semble-t-il, la notion la plus importante que nous retiendrons de ce travail.

-.-.-.-.-.-

BIBLIOGRAPHIE

ALLAMBY K. -

Deaths associated with steroid hormone therapy; an analysis
of 18 cases.

Lancet, 1957, 272, 1104-1110

BARABAS A.P.

Peritonitis due to diverticular disease of the colon;
review of 44 cases.

Proc. Roy. Soc. Med., 1971, 64, 3, 253-254

BARABAS A.P.

Perforated diverticulitis.

Brit. Med. Journal, 1970, 3, 767-768

BERNE and PATTISON

Diverticulitis of the colon.

Calif. West Med., 1940, 52, 225

BERTRNAD J et CHRETIEN G.

Fréquence de la diverticulose.

Arch. Franç. Mal. App. Did., 1964, 53, 5, 56

BONJEAN J.M.

Contribution à l'étude du traitement chirurgical des
sigmoïdites diverticulaires aiguës et compliquées.
A propos de 20 observations.

Thèse Lyon, 1969, 69 pages, in Lyon Méd.
1969, 222, 29, 148

BOYDEN A.M.

Two stages resection of the sigmoid in selected cases of
complicated diverticulitis.

Ann. Surg. (suppl.) 1961, 154, 6, 210-214

CAPON N. HAXHE J. MEURTERFVE L. VAN GEERTRUYDEN J.

Les méthodes d'évaluation du risque chirurgical.
19ème congrès de l'Association Belge de Chirurgie.

Acta Chir. Belg. 1965, Suppl. n° 2

COLCOCK B.P.

Chirurgical treatment of diverticulitis; 20 years of
experiency.

Amer. J. Surg., 1968, 115, 2, 264-270

COMBEMALE B. et LEPLAT F.

La chirurgie dans le traitement des sigmoïdites non
compliquées. Techniques et résultats.

Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir. 1967, 21, 25-26, 1569-1570

DEBRAY C., HARDOUIN J.P. et PARIS J.

Indications et résultats du traitement médical des sigmoïdites
diverticulaires.

Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1539-1544

DEBRAY C., HARDOUIN J.P., BESANCON F., LAUMONIER R., MARTIN E.

Diverticulite sigmoïdienne aiguë déclenchée par la
corticothérapie; deux observations.

Sem. Hôp. de Paris, 1960, 36, 58, 3238-3240

DAUCHY G.

Complications des sigmoïdites aiguës.

Lille Méd., 1960, 5, 21, 951-955

EDELMANN G.

La chirurgie dans le traitement des sigmoïdites non
compliquées; technique et résultats.

Colloque Paris-Lille 1967

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1577

EDELMANN G.

Les indications du traitement chirurgical dans les
sigmoïdites.

Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1587-1588

EDELMANN G. et DUMAS D.

La chirurgie dans le traitement des complications des
sigmoïdites.

colloque Paris-Lille 1967, 21, 25-26, 1561-1562.

ELLIS H.

Colonic diverticulosis pathology and natural history.

Brit. Med. Journal, 1970, 3, 565-562

EVARD C., ALEXANDRE J.H., SIMON C. et LARRIEU H.

Réflexions à propos de 37 observations de sigmoïdites.

Ann. Chir., 1965, 19, 25-26, 1601-1611

FRANCILLON J., VIGNAL J., TISSOT E. et GERINIERE P.

A propos d'une statistique homogène de 13 cas de sigmoïdites graves.

Lyon Chir., 1970, 66, 5, 346-349

GARBAY M. et BOUCHARD P.

La chirurgie dans le traitement des sigmoïdites non compliquées; technique et résultats.

Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1571-1573

GARNJOBST W., HARDWICK C.

Further criteria for anastomosis in diverticulitis of the sigmoid colon.

Amer. J. Surg., 1970, 120, 2, 264-269

GAUTIER-BENOIT C. et BRENNER A.

La chirurgie dans le traitement des principales complications des sigmoïdites.

Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1565

GODIN J.P.

Les fistules sigmoïdo-vésicales par diverticulose du sigmoïde.

Thèse Paris 1957.

GREENE W.W.

Bowel obstruction in the aged patient. Review of 300 cases

Amer. J. Surg., 1969, 118, 4, 541-545

HARDOUIN J.P.

Récidive d'abcès péri-sigmoïdien, 3 ans après une colectomie segmentaire pour sigmoïdite diverticulaire abcédée.

Presse Méd., 1962, 70, 28, 64

HECTOR A.

Complications des sigmoïdites diverticulaires.

Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1567

HENRY E. et EDELMANN G.

Traitement chirurgical des sigmoïdites. Rapport au 64ème
Congrès Français de Chirurgie. Paris 1962.

Presses Universitaires de France
pages 185-318

HOUDARD O., DELIGNY M. et PELISSIER E.

Les indications chirurgicales dans les sigmoïdites.
Colloque Paris-Lille 1967

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1583-1586

KLEIN R. R., GALLAGHER D.M.

Massive colonic bleeding from diverticular disease.

Amer. J. Surg., 1969, 118, 4, 553-557

LAFAY G.

Sigmoïdite perforée en péritoine libre traitée à chaud par
colectomie segmentaire.

Lyon Chir., 1960, 56, 4, 578-580

LAGACHE G., COMBEMALE B. et FROYE C.

Les indications thérapeutiques dans les sigmoïdites.
Coloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir. 1967, 21, 25-26, 1579-1581

LARRIERU H. et FOURQUET D.

Quelques problèmes d'urgence posés par les sigmoïdites et
colites diverticulaires aiguës.

Ann. Chir., 1960, 14, 1-2, 65-69

LARRIERU H., EVRARD C., PELISSIER E., DELIGNY M. et POILLEUX F.

Traitement chirurgical des sigmoïdites compliquées.
Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1553-1556

LEVY S.B., FITTS W.T., and LENCH J.B.

Surgical treatment of diverticular disease of the colon.

Ann. Surg., 1967, 166, 6, 947-954.

LORTAT-JACOB J. L., FEKETE F. et GIULI R.

A propos de 17 cas de sigmoïdites traitées chirurgicalement
Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1591-1592

LOYGUE J.

Diverticulose sigmoïdienne et sigmoïdites

:Revue du Prat., 1965, 15, 12, 1665-1663

LOYGUE J.

Traitement chirurgical des sigmoïdites compliquées.

Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1575

LOYGUE J. et DE LA VAISSIERE G.

Diverticules de l'intestin grêle et du côlon.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale,

Estomac et Intestin 9074 A 10

MAILLET P.

Indications et modalités du traitement chirurgical des
sigmoïdites

Journal de médecine de Lyon, 1970,
1199, 2191-2197

MAILLET P., CUCHE J. et MICOL P.

A propos du traitement chirurgical des sigmoïdites.

Lyon Chir., 1970, 66, 5, 353-355

MARTIN E. et FONTAINE J.L.

Les altérations neuro-musculaires de la paroi colique
au cours des sigmoïdites simples et diverticulaires.

Vie médicale, 1966, 47, 845-852

MARTIN E et Coll.

Les lésions neuro-musculaires de la paroi colique au cours
des sigmoïdites simples et diverticulaires. Etudes de 100
pièces d'exérèse et de nécropsie.

Arch. Franç. Mal. App. Dig., 1967,
56, 3, 221-222

MELEY J., MOREL J., CASTEU G. et CHAMBAUD. D.

Sur le traitement chirurgical des sigmoïdites (24 obs)

Lyon Chir., 1970, 66, 5, 358-359

MORSON B. C.

The muscle abnormality in diverticular disease of the colon.

Brit. J. Radiology, 1963, 36, 426,
385-392

MORSON B. C.

Muscle abnormality in diverticular disease of the colon

Proc. Roy. Soc. Med., 1963, 56, 9,
798-800

MOSELEY R. V. and ROSS F.P.

Sigmoid diverticulitis. Evaluation of current practice
in a community hospital.

Ann. Surg., 1966, 164, 2, 275-283

NARDI C. et BEN HAMOU G.

La conduite à tenir dans les sigmoïdites perforées.

Résultats d'un sondage d'opinion.

Entretiens de Bichat, Chirurgie et
Spécialités, 1970, 199-206

NARDI C. et BEN HAMOU G.

Pour un traitement précoce des complications de la sigmoïdite
diverticulaire.

Presse Méd., 1970, 78, 23, 1047

OSLEN W.R.

Hemorrhage from diverticular disease of the colon. The
role of emergency subtotal colectomy.

Amer. J. Surg., 1968, 115, 2,
247-264

PAINTER N.S.

Effects of the morphine in diverticulosis of the colon.

Proc. Roy. Soc. Med., 1963, 56, 9, 800

PAINTER N. S. and BURKITT D.P.

Diverticular disease of the colon: a deficiency disease
of western civilization.

Brit. Med. Journal, 1971, 2, 450-454

PAMER J., MASON P. and ADAMS A.

Diverticules of the colon with perforation during cortisone
and ACTH therapy.

J. Maine Med. Ass. 1955, 46, 349

PARIS J. HARDOUIN J.P. et DEBRAY C.

Indications et résultats du traitement médical des
sigmoïdites diverticulaires.

Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26,
1539-1547

PARKS T. G. and CONNELL A.M.

The outcome in 455 patients admitted for treatment of
diverticular disease of the colon.

Brit. J. Surg., 1970, 57, 10, 775-778

PAULINO F. ROSELLI A. and MARTINS U.

Pathology of diverticular disease of the colon.

Surgery, 1971, 69, I, 63-69

PEYCELON R. et CORREAUD R. P.

Traitement chirurgical des sigmoïdites. Résultats et
indications.

Ann. Chir., 1970, 24, 21-22,
1159-1164

POUYET M., BIGAY J.G. et BERARD P.

A propos des sigmoïdites (23 cas).

Lyon Chir., 1970, 66, 5, 356-357

PROYE C. et VAN KEMMEL M.

La chirurgie dans le traitement des complications des
sigmoïdites (Techniques et résultats).

Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1549-1551

REILLY M.

Sigmoid myotomy.

Proc. Roy. Soc. Med., 1964, 57, 7,
556-557

REILLY M.

Sigmoid myotomy.

Brit. J. Surg., 1966, 53, 859

REILLY M.

Myotomie sigmoïdienne. Rapport interimaire.

Proc. Roy. Soc. Med., 1969, 62, 7,
715-717

REILLY M.

Surgical management in colonic diverticulosis.

Brit. Med. Journal, 1970, 3, 570-573

RENE L.

Indications du traitement chirurgical des sigmoïdites.

Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26,
1589-1590

RYAN P.

Emergency resection and anastomosis for perforated sigmoid
diverticulitis.

Brit. J. Surg., 1958, 45, 611-616

RYAN P

Solitary sigmoid diverticulitis.

Brit. J. Surg., 1965, 52, 2, 85-89

SAUBIER E. C., GAILLARD P., BRAULT A. et CHALENCON J.L.

Rapport de 18 cas de sigmoïdites traitées chirurgicalement.

Lyon Chir., 1970, 66, 5, 349-353

SCENEITER R.

A propos des indications du traitement chirurgical des
sigmoïdites

Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1593-1594

SMITH A.N., ATTISHA R.P. and BALFOUR T.

Clinical and manometric results one year after sigmoïd
myotomy for diverticular disease.

Brit. J. Surg., 1969, 56, 12, 895

SMITH A., ATTISHA A. et GIANNAKOS V.

Myotomie sigmoïdienne dans la diverticulose.

Presse Med., 1970, 78, 48, 2142-2143

VERHAEGHE M et BLANCKAERT J.

Traitement des complications des sigmoïdites (à propos de
17 cas).

Colloque PARIS^O-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1563-1564

VERHAEGHE M. et BLANCKAERT J.

A propos du traitement des sigmoïdites non compliquées.
Colloque Paris-Lille 1967

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1577

VERNEJOUL R. (de)

Conclusions sur le traitement des sigmoïdites.
Colloque Paris-Lille 1967.

Ann. Chir., 1967, 21, 25-26, 1595-1596

VIGNON G., PANSU D. et BOTHIER F.

Accidents et résultats du traitement prolongé par la
delta-cortisone de la P.C.E.

Revue du rhumatisme, 1959, 26, 324-331

WATKINS G.L. and CLIVER G.A.

Treatment of the perforative sigmoid diverticulitis with
perironitis.

Arch. Surg., 1966, 92, 6, 928-933

WATKINS G.L. and OLIVER G.A.

Surgical treatment of acute perforative sigmoid diverticulitis
Surgery, 1971, 69, 2, 215-219

WESTDAHL P.R. and RUSSELL T.

In support of blind tube cecostomy in acute obstruction
of the descending colon. Analysis of 93 emergency
cecostomies.

Amer. J. Surg., 1969, 118, 4, 577-581

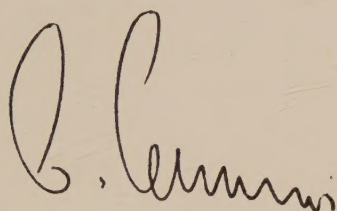
X.

Diverticulitis of sigmoid with perforation and secondary
psoas abscess extending to thigh (gas producing E. coli).

New Eng. J. Med., 1965, 273, 7,
387-393.

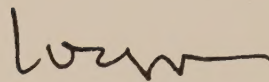
Vu, le Président de Thèse

Professeur G. Cerbonnet

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'G. Cerbonnet', with a large initial 'G' and a series of loops for the surname.

Vu, le Doyen de la Faculté

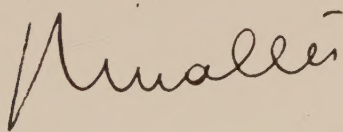
Professeur J. Loygue

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'J. Loygue', with a large initial 'J' and a series of loops for the surname.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. Mallet

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'R. Mallet', with a large initial 'R' and a series of loops for the surname.

